

## 出産手当金 請求書

保険証 記号・番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎	連絡先 電話番号	XX-XXXX-XXXX
事業所名	□□□□株式会社			所属	〇〇部△△課	

本人記入欄	休業期間	自 令和 4 年 3 月 1 日 至 令和 4 年 3 月 3 1 日	入院期間	自 令和 4 年 3 月 1 0 日 至 令和 4 年 3 月 1 7 日
	委任欄	請求金額の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名(自筆) 健保 太郎		

医師証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日	
	出産区分	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヶ月)		出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 <b>出産された医療機関等へ証明いただくよう 依頼を行ってください。</b> 所在地 電話番号 医師・助産師名				

事業主証明欄	令和 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31						
	自 年 月 日	お勤め先にて証明いただく欄となります。			事業所証明欄		
	至 年 月 日	賃金 支給額	日間				

注意点	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 毎月1ヶ月毎に1枚を使用する場合、2回目以降の「医師証明欄」は初回本紙のコピーでも可とする。 但し、本人が記入する欄は、請求月毎で記入すること。</li><li>2. 産前産後まとめて1回、又は産前と産後の2回など複数月の請求も可とするが、「本人記入欄」の休業期間欄へ 当該請求する期間を正しく記入すること。 但し、支払については当該請求期間経過後とする。</li></ol>
-----	---

組合並びに 支出決済	支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	標準報酬	千円	日額	円
	種別	支給金日額		支給日数		支給額	
	出産手当金	円	日	円	円		
	控除(報酬)	円	日	円	円		
	差引支給額	円			円	円	
備考			常務理事	事務長	担当	健保受付	