

出産手当金 請求書

保険証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	連絡先 電話番号
事業所名				所属

本人記入欄	休業期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 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) _____		

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。 年 月 日 名 称 所 在 地 電 話 番 号 医師・助産師名				

事業主証明欄	令和 年 月	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 至 年 月 日 日間	賃金支給額		本給	家族手当	その他	合計	事業所証明欄																								

注意点	<p>1. 暦月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。</p> <p>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。</p>
-----	--

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	
	控除(報酬)	円		日		円	
	差引支給額	円				円	
備考			常務理事	事務長	担当	健保受付	