

出産手当金請求書(産前・産後)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	印
	住 所	〒			電話番号 () -
	分娩予定年月日	平成	年	月	日
	実分娩年月日	平成	年	月	日
		分娩のため会社を休んだ期間			自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
被 保 険 者 銀 行 口 座	銀行 名	本店 支店 出張所	口座番号	普通	
	(フリガナ)				
	口座名義				
<small>マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。</small>					
<input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)					
備 考					

事 業 主 証 明 欄	産前42日間・産後56日間についてご記入下さい。 産休・・・○ 出勤・・・△ 有給・・・/ 公休・・・×																															
	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
	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
	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
	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
*上記期間の給与支払状況について、いずれかに○をつけて下さい						特記事項																										
1. 全額支給した } 1, 2. の場合は支給状況を 2. 一部支給した } 下欄に記入して下さい 3. 支給しない																																
証 明 欄	計算期日	支払基礎 日数	基本給 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	合 計																										
	/ ~ /																															
	/ ~ /																															
	/ ~ /																															
	/ ~ /																															
給与の種類 月給・日給月給・日給・時給・その他()						この欄に記入したことは事実には相違ありません。 平成 年 月 日 事業所名称 事業所所在地 事業主氏名																										
印																																

病 院 が 証 明 す る 欄	分娩予定年月日	平成	年	月	日	出生児の数 単胎(1名)・多胎(名)
	実分娩年月日	平成	年	月	日	
	生産・死産の別	生産	・	死産(妊娠 ヶ月)		
上記の通り相違ない事を証明する						印
平成 年 月 日	医療施設名称 医 師 名					

健 保 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	
	支給期間	産前 年 月 日 ~ 年 月 日 日間	}	計 日間	資格取得 喪失	年 月 日	年 月 日	
		延長 年 月 日 ~ 年 月 日 日間				年 月 日	年 月 日	
		産後 年 月 日 ~ 年 月 日 日間				年 月 日	年 月 日	
	不支給期間と その理由	計 日間			標準報酬 月 額	千円		
支給額計算					受付日付印			
円 × $\frac{2}{3}$								