

出産手当金請求書(産前・産後)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名
	住 所	〒		電話番号 ()
	分娩予定年月日	年	月	日
	実分娩年月日	年	月	日
銀 行 保 険 口 座 者	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>			
	銀行 名	支店 名	普通	口座番号
	(フリガナ)		出張所	
口座名義				
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記入欄				

事 業 主 証 明 欄	産前42日間・産後56日間についてご記入ください。 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○をつけてください		特記事項																														
	1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 支給しない		1. 2. の場合は支給状況を 下欄に記入してください																														
			給与締切日		日																												
			給与支払日		日																												
	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	この欄に記入したことは事実には相違ありません。																										
/ ~ /						令和 年 月 日																											
/ ~ /						[事業所]																											
/ ~ /						名称																											
/ ~ /						所在地																											
/ ~ /						事業主																											
給与の種類		月給・日給月給・日給・時給・その他()																															

病 院 が 証 明 す る 欄	分娩予定年月日	年	月	日	出生児の数	
	実分娩年月日	年	月	日	単胎(1名) ・ 多胎(名)	
	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。					
医療施設名称 年 月 日 医師名						
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。						

健 保 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年	月	日	常務理事	担当	確認							
	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
		延長	年	月	日	～	年	月	日	日間						
		産後	年	月	日	～	年	月	日	日間						
	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																