

出産手当金請求書

事務長	担当者	担当者	入力者
受付日			

健保記入欄	支給額	¥	
	支給期間	から	日まで
		日間	標準報酬月額
			千円

被保険者証等記号番号	被保険者氏名	職種 (仕事の内容)	事務係
—	健保 花子	Ⓜ	
現住所	〒456-7890 名古屋市熱田区三本松町1-2-3		
分娩の日	令和 1年 7月 10日	分娩予定日	令和 1年 7月 16日
労務に従事しなかった期間	令和 1年 5月 30日 から 令和 1年 9月 4日まで 98日間		
上の期間中に入院した期間	令和 1年 7月 10日から 8日間 令和 1年 7月 17日まで	医療機関名称 所在地	〇〇産婦人科
受領委任欄	請求金額の受領を事業主(または代務者)に委任します。 被保険者氏名 健保 花子 Ⓜ (被保険者が記入する欄と同一の印鑑を使用すること)		

分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎・多胎・(児)	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 カ月)
入院して分娩したときは、その期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	入院費用の別	健保・自費・公費・その他
上記のとおり相違ありません。	医師・助産師 令和 年 月 日 医療機関等の名称 所在地 氏名 病院等で証明を受けてください 印		

● 被保険者が退職の場合は、振込先を記入すること。(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

銀行振込先	銀行・信用金庫	支店	普通・当座・その他()
	口座番号	口座名義人	フリガナ
	請求者	印	(被保険者が記入する欄と同一の印鑑を使用すること)

資格喪失年月日	令和 年 月 日
---------	----------

休労期間	令和 1年 5月 30日から 98日間 令和 1年 9月 4日から	給料の種類	日給・月給日給・日給 時間給・その他()
		報酬支払	有・無・復職後支給
		支払日	令和 1年 9月 25日
休労期間に対して賃金を支給しましたか	はい・いいえ ※「はい」の場合は報酬の詳細を下欄に記入してください		
報酬の名称	支給対象期間	支給額	
基本給・月額・日額・時間給	令和 1年 6月 27日から 令和 1年 8月 21日まで(56日分)	560,000円	
手当等()	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(日分)	円	
手当等()	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(日分)	円	
手当等()	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(日分)	円	
通勤手当	有(定期代 ガソリン代) ・ 無(ID証 ・ 徒歩など)		
JR・地下鉄 その他()	令和 1年 5月 1日から 令和 1年 10月 31日まで(6ヶ月分)	51,030円	有 払戻し 無
JR・地下鉄 その他()	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(ヶ月分)	円	有 払戻し 無
ガソリン代	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(ヶ月分)	円	有 払戻し 無
所属長	役職 氏名 記入・押印してください 印	事業主 または 代務者	上記のとおり相違ないことを証明します。 記入・押印してください 印

※組合記事欄

(注意事項)
 1. 請求時は、出勤簿の写し・賃金台帳の写しを添付してください。
 2. 被保険者・医師等・事業主が訂正したところは、各記入者の氏名の押した印と同じ印を訂正印として押してください。
 3. 通勤手当で払戻しがある場合は、払戻証明書の写しを添付してください。