

出産手当金・出産手当金(記入例) 請書(請求領収書)

記号-番号 123 - 1234567	所属 従業員=部署名 任意継続者="任継"	フリガナ メイデン ハナコ 被保険者氏名 明電 花子	標準報酬 月額 280 千円
被保険者現住所 (または請求者現住所) 〒 888 - 8888 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町1-23-4	フリガナ メイデン ハナコ 出産した者の氏名 明電 花子	保険給付金の受領を下記の者に委任します。 (この欄は給付金を給与に入れる為の同意欄です) 令和 2 年 6 月 27 日 被保険者氏名 明電 花子 従業員は、同意書欄にも記名捺印し、 事業主印をもらってください。 退職者は、同意書欄は空欄で結構です。	
健康認定日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 31 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和	健康喪失日 (資格喪失者のみ) 令和 年 月 日	出産予定日 令和 2 年 6 月 1 日	出産した日 令和 2 年 6 月 1 日
請求期間 令和 2 年 6 月 13 日 ~ 令和 2 年 6 月 26 日まで 14 日間	下記支給額正に領収しました。 被保険者氏名 明電 花子		
業務に服さなかった期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	報酬合計 円	部支給期間 日間	報酬日額(注1) 円/日
上記期間中の報酬支給状況 全額(有) 支給 一部 支給 上記の通り相違ない	従業員は、事業主に証明をもらってください。 退職者は、在籍していた期間について、 事業主に証明をもらってください。		
上記の通り相違ない	事業主証明及び印	令和 年 月 日	
医師・助産師の証明欄 出産した日 令和 年 月 日 出産予定日 令和 年 月 日 分娩時の入院期間 日間 上記の通り相違ない	医師または助産師に証明をもらってください。		

健保の等級で決定
(不明なら空欄で可)

従業員は、同意書欄にも記名捺印し、
事業主印をもらってください。
退職者は、同意書欄は空欄で結構です。

同一印

従業員は、事業主に証明をもらってください。
退職者は、在籍していた期間について、
事業主に証明をもらってください。

医師または助産師に証明をもらってください。

↓他の健保に加入している方は、振込先を記入

↓受領を代理人に委任される方に限り、委任状を記入

振込先 銀行名	銀行
	支店
口座 預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座 番号
フリガナ 名義人名	

委任状	
本請求額に基づく給付金に関する権限を代理人に委任致します。	
令和 年 月 日	
被保険者氏名 (または請求者氏名)	印
代理人氏名	印

記入不要

↓以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄				支出決定欄	
法定給付	標準報酬日額	率	自 至	給付日数	給料・年金等支給額
円 × 2/3 × (/ ~ / :) 日間	円				円
付加給付	同上	× 1/30 × (/ ~ / :) 日間			円
出産手当金	¥				
出産手当付加金	¥				
支給額	¥				
決裁日					
執行日					
常務理事	事務長	担当			

*【事業主欄担当の方へ】報酬があるときは、算出根拠を添付してください。
(注1) 報酬日額が変動する場合は、期間別に分けて記載願います(別紙添付で可)