

出産手当金・出産手当金付加金 支給申請書(請求領収書)

記号-番号	-	所属	フリガナ 被保険者氏名 (または請求者氏名)	(印)	
被保険者現住所 (または請求者現住所)	〒 -		標準報酬 月額	千円	
フリガナ 出産した者の氏名			同意書 (従業員のみ) 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 年 月 日 被保険者氏名 (または請求者氏名) 事業主印	(印)	
健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			(印)	
健保喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日			(印)	
出産予定日	令和 年 月 日			(印)	
出産した日	令和 年 月 日			(印)	
請求期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日まで		日間	
下記支給額正に領収しました。		被保険者氏名 (または請求者氏名)		(印)	
事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	報酬合計 円 報酬月額 ^(注1) 円/日 期間内 休日等 日	
	上記期間中の 報酬支給状況	全額支給 (有休)	年 月 日 ~ 年 月 日		日間
		一部支給	年 月 日 ~ 年 月 日		日間
		支給なし	年 月 日 ~ 年 月 日		日間
上記の通り相違ないことを証明致します。		事業主証明及び印		(印)	
医師・助産師の証明欄	出産した日	令和 年 月 日	生産/死産 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 カ月 週)	(印)	
	出産予定日	令和 年 月 日	出生児数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児) 分娩区分 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
	分娩時の入院期間	令和 年 月 日 ~	令和 年 月 日まで		日間
	上記の通り相違ないことを証明致します。		医療機関名称・所在地		
		令和 年 月 日	医師・助産師名	(印)	

↓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"/> 座 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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)

↓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	
	標準報酬月額 率 自 至 給付日数 給料・年金等支給額
法定給付	円 × 2/3 × (/ ~ / :)日間 - 円
付加給付	同上 × 1/30 × (/ ~ / :)日間 - 円

支出決定伺	
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) 報酬月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)