

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)							
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) 事業主証明 事業主担当者							
健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月		日						
健保喪失日 (資格喪失者のみ)	<input type="checkbox"/> 令和	年	月		日						
出産予定日	令和	年	月		日						
出産した日	令和	年	月		日						
請求期間	令和	年	月		日	～	令和	年	月	日	まで
下記支給額正に領収しました。		<input type="checkbox"/> 上記の申請内容は請求者本人が記入し、真正であることを確認しています。		被保険者氏名 (または請求者氏名)							

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	一部支給期間詳細 報酬合計 円 報酬日額(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。		令和		年	月	日	事業主証明					

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	ヵ月	週)			
	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。		令和		年	月	日	医療機関名称・所在地		医師・助産師名		

↓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	口座 番号	
	<input type="checkbox"/> 当座		
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)	
代理人氏名	

↓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					
	標準報酬日額	率	自	至	給付日数
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)