

出産手当金・出産手当金(記入例) 請書(請求領収書)

No. 123-1234567

健保の等級で決定
(不明なら空欄で可)

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 (または請求者氏名)	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 5 年 6 月 27 日		
健保認定日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 31 年 4 月 1 日			同意書 (従業員のみ)	被保険者氏名 明電 花子				
健保喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日		従業員は、同意書欄にも記名し、 事業主証明をもらってください。						
出産予定日	令和 5 年 6 月 1 日		退職者は、同意書欄は空欄で結構です。						
出産した日	令和 5 年 6 月 1 日		事業主担当者						
請求期間	令和 5 年 6 月 13 日 ~		令和 5 年 6 月 26 日まで 14 日間						
下記支給額正に領収しました。 <input checked="" 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) 明電 花子									

記入内容を確認の上、
必ずチェックしてください。

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	全額(有)	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		一部	日間	日間	期間内	休日等
	上記の通り相違ない	令和 年 月 日	支給	日間	日間	日間	日間

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・助産師の証明欄	出産した日	令和 5 年 6 月 1 日 生産/死産 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヵ月 週)	医師または助産師に証明をもらってください。
	出産予定日		
	分娩時の入院期		
	上記の通り相違ない	令和 年 月 日	

↓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
銀行名	支店
口座	普通 口座
預金	当座 口座
種目	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)	
代理人氏名	

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	
標準報酬日額	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	出産手当金 ¥
付加給付	同上 × 1/30 × (/ ~ / :)日間			円	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(別紙添付可)