

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|----------------|-------|----------|------|------|--------|-----------------------|
| 健 保 使 用 欄 | 支給決定伺 | | 常務理事 | 事務長 | | | | 担当 |
| | | | | | | | | |
| | 伺年月日 | 令和 年 月 日 | 支払年月日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 資格取得 | 平成 年 月 日 令和 | 法定給付 | 支給期間 | ① 日数 | ② 日額 | ③ 割合 | ④ (①×②×③) 支給金額 (円) |
| | 資格喪失 | 令和 年 月 日 | | | | | 2 3 | |
| | 標準報酬 月額平均 | 月額 千円 | 付加給付 | ～ | | | 18% | |
| | 法定給付期間 | / ~ / | | | | | | |
| | 支給期間 | / ~ / | 合 計 | | | | | |

出産手当金・出産手当金付加金 請求書

| | | | | | | |
|--|----------------|----------|----------------|---------------------------------------|----------------|-------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者等 記号・番号 | 記号 | 番号 | 資格取得日 | 平成 年 月 日 令和 | |
| | 分娩の日 | 令和 年 月 日 | 退職年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 分娩のために休んだ期間 | 令和 年 月 日 | ～ | 令和 年 月 日まで | 日間 | |
| | 振 込 先 | 銀行コード | 店番号 | フリガナ | | |
| | | フリガナ | 銀行・信組 信金・農協 | 支店 | 口座番号 | 普・貯・当 |
| ※被保険者の口座をご記入願います。 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 | | | 被保険者 (請求者) | 会社名 所属 〒 自宅住所 氏名 ☎ () | | |

| | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ | ／ (法定 産前) 自 令和 年 月 日 | ／ (法定 産後) 自 令和 年 月 日 | ／ (法定 産前) 自 令和 年 月 日 | ／ (法定 産後) 自 令和 年 月 日 |
| | 分娩のために 休んだ期間(暦日数) | 自 令和 年 月 日 | ～ | 令和 年 月 日 |
| | 左の期間中で 出勤した期間(暦日数) | 日間 | ／ ~ / | 日間 |
| | 左の期間中で有給休暇を とった期間(暦日数) | 日間 | ／ ~ / | 日間 |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業所 所在地 事業主 氏名 (事業主代理人) | | | | |

| | | | | | |
|--|--|------------|---------|--------------|---|
| 医 師 ・ 助 産 婦 の 証 明 欄 | 分娩年月日 | 令和 年 月 日 | 分娩予定日 | 令和 年 月 日 | 事 業 所 健 保 担 当 者 所 属 年 月 日 健保受付印 印 |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | 生産・死産の別 | 生産・死産 (妊娠 月) | |
| | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 病院名 氏名 電話番号 | | | | |

注意事項

1. 法定の産前産後休暇対象期間(給与の締日まで)について「タイムカードの(写)」を添付してください。
2. 給与明細書(欠勤による減額の反映されている)を添付してください。
3. 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

| | | |
|-----------------------|-------|---|
| 交通費の 支給期間と 支給金額 | / ~ / | 円 |
|-----------------------|-------|---|