

健康保険 出産手当金請求書 第()回

被 保 険 者 記 入 す る と こ ろ	被保険者(請求者)記号・番号	000-0000	被保険者(請求者)氏名印	保健 花子	印	在職時旧姓	健康
	被保険者(請求者)の住所とTel	〒000-0000 Tel 00-0000-0000 大阪市北区000-0-00					
	事業所の名称	000株式会社	業務の職種	00000			
	分娩日	平成 00年 0月 0日	左記分娩日は実分娩か? 又予定分娩か?	<input type="checkbox"/> 実際の分娩日 <input type="checkbox"/> 予定の分娩日(分娩予定日00年0月0日)			
	生まれた子の氏名	保健 幸子	生年月日	平成 00年 0月 0日	続柄	本人	
	分娩の為に休んだ期間	平成 00年 0月 00日から 平成 00年 0月 00日まで	0日間	左記期間に報酬を受けたか? 又は受けられるか?	<input type="checkbox"/> 受けた・受けられない <input type="checkbox"/> 受けられる・受けられない		
	受取金融機関	銀行 000 支店	普通預金口座番号	0000000000			
	郵便局 通帳記号	通帳番号					
	被保険者(請求者)口座名義	フリガナ ホケン ハナコ 保健 花子					
医 師 又 は 助 産 師 証 明	分娩年月日	平成 年 月 日	分娩予定年月日	平成 年 月 日			
	正常分娩又は異常分娩の別	<input type="checkbox"/> 正常分娩である <input type="checkbox"/> 異常分娩である		生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産である <input type="checkbox"/> 死産である(妊娠 ヵ月)		
	入院して分娩した時はその期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	入院費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		
	出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)					
	上のおお相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関名 医療機関所在地 医師又は助産師名 Tel - -						
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間	・退職日以降の期間は証明は不要です。 ・この期間の詳細を、下記に表示下さい。			
	出勤日は○、有給は△、公休日は□、欠勤日は/、期間外は-、分娩日(予定日含)は赤で表示下さい。(鉛筆書きは不可)						
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			出動日数		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			計		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			有給日数		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	<input type="checkbox"/> 全額支給の場合 <input type="checkbox"/> 一部支給の場合 <input type="checkbox"/> 支給しない場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	支払日	平成 年 月 日	標準報酬日額	円
上のおお相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所(所在地) 事業所名称 事業主氏名 Tel - -							
健 保 組 合 が 記 入	法定休務期間	産前	産後	法定休務期間	支給金額計算式		
	分娩日(予定日) 日前から分娩日	産前	産後	分娩日の翌日から産後56日後	/ / より 日額 2/3 (円) × 支給日数(日)		
	/ / ~ / /	産前	産後	実際に休務した期間	= 円		
	実際に休務した期間	産前	産後	実際に休務した期間	/ / より 日額 2/3 (円) × 支給日数(日)		
	/ / ~ / /	産前	産後	産後支給日数計	= 円		
	産前支給日数計	日	産後	産後支給日数計			
	標準報酬月額	標準報酬日額	支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
千円	円	支給決定金額	百万 十万 万 千 百 十 -				
受付印	支払印	資格取得喪失関係	常務理事	課長	会計	給付	
		取得年月日					
		喪失年月日					