

出産手当金(付加金)請求書

常務理事	事務長	担当者

【被保険者へお願い】

・訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	フリガナ		生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被保険者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日
	会社・事業所名			
	出産のために 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	在職中の給付金支払い に関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		

医 師 の 証 明 欄	分娩者氏名	【医療機関へお願い】訂正した場合は、訂正印を押してください。		
	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	胎児の数	単胎 ・ 多胎(児)	生産死産の別	生産 ・ 死産 満 週(日)
	入院期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 医療機関名 医師名 電話番号 () 印			

事 業 主 の 証 明 欄	出産のために 休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	給与計算締日	日	給与支給日	<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日
	給与の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他()		
	産前産後対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	産前産後対象期間中に 給与を支給しましたか	<input type="checkbox"/> はい→支給内容を下欄に記入してください <input type="checkbox"/> いいえ	出勤	日 有給 日
	支給内容	支給対象期間	月数・日数	支給額
	賃金	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	ヵ月 日間	円
	テレワーク手当	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	ヵ月 日間	円
	通勤手当	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	ヵ月 日間	円
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	ヵ月 日間	円
不就業手当等の支給額がある場合、計算式等を記入してください。				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名 称 代表者氏名 住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。		問合せ担当名	【事業主へお願い】 ・産前産後対象期間 産前産後期間確認ツールを使用し 産前休暇開始可能日 ~ 産後休暇終了日までを証明してください。 分娩が早まった場合は分娩日より42日前 ・請求書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。 ・訂正は二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入してください。 ←担当者データ印または朱印	

健 保 記 入 欄	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間			
	標準月額	円	法定日額	円	支給日	令和 年 月 日
	日額	円	付加日額	円		
	法定給付	円				合計給付額
	付加給付	円				
	備考					