

出産手当金(附加金)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 | □昭和 □平成 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | | |
| | 会社・事業所名 | | 分娩年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 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。 令和 年 月 日 | | | |
| 所在地 医療機関名 医師名 電話番号 () | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------|--|----------|-----|---|
| 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 <input type="checkbox"/> 翌月 | 日 | | |
| | 給与の支給形態 | □ 月給 □ 日給月給 | □ 日給 □ 時給 | □ 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 | □ はい → 支給内容を下欄に記入してください | □ 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 | | | カ月 日間 | 円 | |
| | テレワーク手当 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | カ月 日間 | 円 | |
| | 通勤手当 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | カ月 日間 | 円 | |
| | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | カ月 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。 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--|--|-----------|--|---------------|
| 健 保 記 入 欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 | | | 【事業主へお願い】 | | |
| | 所在地 | | | 問合せ担当名 | ・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 | |
| | 名 称 | | | | ・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。 | |
| | 代表者氏名 | | | | ・訂正是二重線で抹消し正しい内容と、証明者氏名(サイン)を記入して下さい。 | |
| | 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。 | | | | | ←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 | | | | | | 合計給付額 |
| | 付加給付 | | | | | | 円 |
| 備考 | | | | | | 円 | |