出産手当金請求書

請求日：令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者証等 記号-番号	記号	番号	フリガナ	
			被保険者 氏名（自署）	
			※本請求書の申請を事業主に委任いたします	
現住所	〒（　　－　　）			
電話番号	（　　）		事業所名	
			所属名	
出産予定日	令和　　年　　月　　日		出産の日	令和　　年　　月　　日
出産のため就労しなかった期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで （　　日間）		左記の期間中に報酬を受給しましたか	□受給した □受給しない
上期期間の報酬（賃金）の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額及び期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　（　　日分） 報酬額（総支給額）：　　円			

報酬を受けた場合、出産手当金から報酬額を控除（調整）することに同意し、上記のとおり請求します。

JMA健康保険組合 理事長殿　　令和　　年　　月　　日

被保険者　住 所

氏 名（自署）

振込先口座	金融機関名	支店名	口座番号							口座名義
			普通							
	銀行 信用金庫	支店								被保険者名義

※網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。

※記入誤りは、二重線を引き訂正印を押印ください。

※正式書類ですので、鉛筆やフリクション等消せるボールペンでの記入はできません.

※標準送金日は、毎月25日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。

受付印

（注意） 出産のため就労しなかった期間について

・対象期間は出産の日以前42日（多胎出産の場合は98日）・出産の日後56日間です。

・出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その遅れた日数を加えます。

・対象期間の途中で請求する場合は請求日迄で、将来に向かっての請求は出来ません。

出産手当金請求書

請求日:令和　　年　　月　　日

事業主が証明する欄

① 労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日まで　(　　)日間
② ①の期間(出勤日以外)に対して報酬・交通費等を支給しました(します)か	はい　・　いいえ

③ ①の期間で欠勤した日に対して報酬・交通費等を支給した場合、その期間と報酬額をご記入下さい。
(出勤日に対する報酬は除いて証明)

④報酬内容(賃金・交通費・住宅手当等)	期間	月額	日額
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円
	/　～　/	円	円

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

所在地

事業主

名称

【事業主の方へお願い】

※1 請求期間にかかわる出勤簿を添付してください。

※2 報酬の証明は、休業に対する報酬のみ証明してください。

出産手当金請求書

医師または助産師の証明	対象者氏名			生年月日	S・H　　年　　月　　日生	
	出産予定日	令和　　年　　月　　日		出産の日	令和　　年　　月　　日	
	出産後のときは正常出産または異常出産の別	□ 正常 □ 異常	出産後のときは生産・死産の別	□ 生産 □ 死産 （妊娠　　週）	単胎・多胎の別	□ 単胎 □ 多胎
	上記の通り相違ありません。 令和　　年　　月　　日 医療施設等の名称 ： 所在地 ：（〒　　－　　） 電話番号 ：　　（　　） 医師・助産師氏名　　印					