

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 記号-番号	記号	番号	フリガナ 被保険者 氏名(自署) 生年月日	S・H 年 月 日生			
	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(賞金)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	
銀行 信用金庫		支店	普通			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。

※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。

(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、将来に向かったの請求は出来ません。

受付日付印

出産手当金請求書

事業主証明・確認欄	被保険者証 記号 - 番号	—		被保険者氏名				
	労務に服さな かった期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	から まで	(日間)	
	上記期間を対 象として、報酬 を全額または 一部支給した 場合又は支給 する場合	支給対象期間 (支給内訳)	報酬額内訳 (固定給)		(変動給)	(通勤費)	報酬計	
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円		
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円		
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円		
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円		
	(賃金台帳写での証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を上と同様形式で作成の上、証明ください)							
	確認書類	・タイムカード写し等の出欠勤管理表の提出期間：令和 年 月分～令和 年 月分 ・給与明細または賃金台帳等写しの提出期間：令和 年 月分～令和 年 月分 ・その他書類 ()						
	休職発令期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日休職(予定)						
復職(予定)日	令和 年 月 日復職(予定)							
上記の期間に対し賃金を 支給しました(します)か？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所名称 事業主氏名 JMA健康保険組合 理事長殿								
《事業主の方へお願い》 ・請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。 ・休業日に対する報酬(交通費含む)を、日額で証明してください。交通費等は30で除した金額を記載してください。 (出勤日に対する報酬は差し引いて下さい) ・証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。								

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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	出産後のときは 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	単胎・ 多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎				
	上記の通り相違ありません。									
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療施設等の名称 :</p> <p>所在地 : (千 一)</p> <p>電話番号 : ()</p> <p>医師・助産師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>										