

出産手当金請求書

請求日: 令和 2 年 9 月 30 日

保険証を確認下さい

被保険者記入欄	被保険者証 記号-番号	1000	番号 20998	フリガナ 被保険者 氏名(自署) 生年月日	ケンポ ハナコ 健保 花子 S・H 2 年 10 月 10 日生
	現住所	〒( 243 - 0433 ) 神奈川県海老名市河原口 1519			
	電話番号	046 (233 )3510		事業所名 所属名	座間総合病院 看護部 3 西
	出産予定日	令和 2 年 8 月 30 日		出産の日	令和 2 年 9 月 5 日
	出産のため 就労しなかった 期間	令和 2 年 7 月 20 日から 令和 2 年 10 月 31 日まで ( 104 日間)		左記の期間中に 報酬を受給しま したか	受給した <input checked="" type="radio"/> 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 2 年 9 月 30 日				
	被保険者 住所 海老名市河原口 1519 氏名(自署) 健保 花子				
	署名をお願いします。				
振込先口座	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義	
	埼玉りそな <input checked="" type="radio"/> 銀行 信用金庫	海老名 支店	普通 〇 × 〇 × 〇 × 〇	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、将来に向かっての請求は出来ません。

受付日付印

# 出産手当金請求書

事業主が記入

事業主証明・確認欄	被保険者証 記号 - 番号	1000 —	被保険者氏名			
	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 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
		月 日 ~ 月 日	支給対象月の出欠勤のわかる書類、報酬支給額がわかる 書類を添付してください。			円
	<small>(賃金台帳等での証明でも可。但し、金額を正しく同様形式で作成の上、証明ください)</small>					
	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 ( )				
退職発令期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 退職 (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						
<b>《事業主の方へお願い》</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。</li> <li>・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)</li> <li>・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。</li> </ul>						

出産手当金請求書

医師等が記入

医師または助産師の証明	対象者氏名	健保 花子		生年月日	S・H 2年 10月 10日生	
	出産予定日	令和 2年 8月 30日		出産の日	令和 2年 9月 5日	
	出産後のときは 正常出産または 異常出産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	出産後のときは 生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	単胎・ 多胎の別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
	上記の通り相違ありません。 令和 2年 9月 10日 医療施設等の名称： 所在地：(〒 243 - 0433 ) 電話番号：046 ( 233 ) 1311 医師・助産師氏名 健保 国男 印					