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	ケンポ ヒナ			
		1000	1234567	被保険者 氏名(自署)	健保 ひな			
	資格情報のお知らせまたはマイナポータルより保険情報を確認下さい							住
	現住所	〒(243 - 0438)神奈川県海老名市めぐみ町2番2号						
	電話番号	046 (233) 3510			事業所名	海老名総合病院		
					所属名	看護部3A		
	出産予定日	令和 7 年 2 月 1 日			出産の日	令和 7 年 2 月 1 日		
	出産のため就労 しなかった期間	令和 6 年 12 月 22 日から			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		
		令和 7 年 3 月 29 日まで (98 日間)						
	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 7 年 4 月 8 日				
被保険者		住所 神奈川県海老名市めぐみ町2番2号						
署名をお願いします。		氏名(自署) 健保 ひな						
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 銀行 信用金庫	海老名支店	普通					被保険者名 義
		1	2	3	4	5	6	

※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。

受付印

出産手当金請求書

事業主が記入

求日:令和 年 月 日

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			

事業主が証明する欄

【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

医師等が記入

医師または助産師の証明	対象者氏名	健保 ひな		生年月日	67 2 年 10 月 1 日生	
	出産予定日	令和 7 年 2 月 1 日		出産の日	令和 7 年 2 月 1 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 7 年 4 月 1 日 医療施設等の名称 : 所在地 : (〒 243 - 0432) 神奈川県海老名市中央4-16-1 電話番号 : 046 (233) 1311 医師・助産師氏名 健保 太郎 印					