

# 健康保険 出産手当金 請求書 出産手当金付加金

記入例を参考に、必要事項を記入してください。申請期間が経過してから申請してください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号		被保険者の氏名				生年月日				
	記号	番号						昭和			
	1							平成	年	月	日
	被保険者の住所		(フリガナ) 〒 -								
	電話(携帯)	( )		内線		メールアドレス		@			
	事業所の名称	慶應義塾・慶應義塾大学医学部				被保険者の資格を取得した日		昭和			
	出産年月日	令和 年 月 日				出産予定年月日		平成			
	出産のため休んだ期間(支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				日間					
	報酬の支払い	・ 無 ・ 有(予定含む)		報酬支払の基礎となる期間と金額			令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			円
	支払金融機関	銀行 本店 金庫 支店				預 金 種 別	1.普通	口座名義			
	口座番号				2.当座		(フリガナ)				
私は、出産手当金受給期間中に報酬を受取っていないことを証明します。万一受取っていた場合は、出産手当金をお返しすることをお約束いたします。											
令和 年 月 日 被保険者氏名											
※上記「報酬の支払い」で「無」に○をつけた方のみ、証明欄に記名してください。											

健保 記入 欄	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日					支給決定額	
	支給日数	日			※直近12ヶ月の標準報酬月額の平均		千円	
	出産手当金支給額	日額	支給率	日数		支給額		
		×	×	=		円		円
	出産手当金付加金支給額	日額	支給率	日数		支給額		円

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

事業主による証明欄	労務に服さなかった期間		出勤:○、有給:△、公休:□、欠勤:／で表示してください。						出勤	有給																																	
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日								
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日								
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日								
	上記の期間に対して 賃金(通勤手当等含む)の支給		無	・	有	給与の種類			月給・日給・時間給・その他( )																																		
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した(する)場合は、記入してください。																																										
	支給した賃金内訳	期間区分	単価	月 日～月 日		月 日～月 日		月 日～月 日		賃金計算方法(欠勤控除計算等)																																	
				支給額		支給額		支給額																																			
		基本給	円	円	円	円	円	円	円													円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		通勤手当	円	円	円	円	円	円	円													円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
住宅手当		円	円	円	円	円	円	円	円													円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
扶養手当		円	円	円	円	円	円	円	円													円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円													円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円													
上記のとおり証明いたします。																																											
令和 年 月 日																																											
事 業 主 名 称																																											
所在地																																											
電 話																																											
氏 名																																											

医師又は助産師による意見欄	出産者氏名																					
	出産年月日		令和 年 月 日				出産予定年月日		令和 年 月 日													
	生産または死産の別		・ 生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)				出生児の数		・ 单 胎 ・ 多 胎 ( 児)													
	入院して出産したときは、その期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								日間		正常出産又は異常出産の別		正 常 ・ 異 常							
	上記のとおり相違ありません。																					
	令和 年 月 日																					
	医 療 機 関 名 称																					
	所在地																					
	電 話																					
	医師又は助産師氏名																					
<お願い> 証明日以前の期間を証明願います。 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記ください。																						

【備 考】
-------