

# 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 平成 年 月 日 令和		
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年 月 日
	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 2.当座 (フリガナ) 3.その他		
口座番号								
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p> <p>※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。</p>								

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	計	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		円

~~~~受付印付部~~~~

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

|                |                                            |                            |                                                          |    |       |                        |          |          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|----------------|--------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|----|-------|------------------------|----------|----------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|
| 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:公、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                          | 区分                                                       | 期間 | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                | し                                          | た                          | 基本給                                                      |    | 円     | 円                      | 円        | 円        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                | 賃                                          | 金                          | 通勤手当                                                     |    | 円     | 円                      | 円        | 円        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                | 内                                          | 訳                          | 住宅手当                                                     |    | 円     | 円                      | 円        | 円        |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                |                                            | 扶養手当                       |                                                          | 円  | 円     | 円                      | 円        |          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                |                                            |                            |                                                          | 円  | 円     | 円                      | 円        |          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                |                                            |                            |                                                          | 円  | 円     | 円                      | 円        |          |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                |                                            | 計                          |                                                          | 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<br>・ 死産 (妊娠 週) |         | 出生児の数        | ・ 単胎<br>・ 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          | 日間      | 正常出産又は異常出産の別 | 正常 ・ 異常           |  |
|                                                                                        |                  | 令和 年 月 日まで          |         |              |                   |  |
|                                                                                        | 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><br>証明日以前の期間を証明願います。<br>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】