

請求は、分娩日(分娩が予定日より遅れた場合は分娩予定日)以前42日(多児妊娠の場合は98日)から分娩日後56日の期間内で記入してください。

被保険者が死亡の場合は、請求者の氏名を記入してください。

支給決定通知書を送付しますので、正確に記入してください。

指定された口座に給付金を振り込みますので、正確に記入してください。(被保険者が死亡の場合は、請求者の口座を記入してください。)

異常分娩のため入院したときは、その期間及び健康保険適用の入院期間を記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号・番号	記号	② 被保険者(請求者)の氏名	フリガナ	③ 請求区分(該当に○)	分娩前後分娩前分娩後												
	④ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	⑤ 資格取得年 昭和 平成	年	月	日									
	⑥ 被保険者(請求者)の住所	〒		⑦ 勤務先 事業所 名称														
	⑧ 分娩予定年月日	令和	年	月	日	⑨ 分娩年月日	令和	年	月	日								
	⑩ 分娩のため仕事を休んだ期間(請求期間)	令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間					
⑪ 上記⑩期間内の報酬について(該当に○)	1. 受けられる 又は 受けた		⑫ 報酬を受けた場合の期間と報酬額		令和				年	月	日	から	令和	年	月	日	まで分として	円
⑬ 振込指定銀行	銀行		信用金庫		信用組合		農協		支店出張所		普通・当座・その他()		口座番号		【		】	
⑭ 備考																		

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	分娩予定年月日	令和	年	月	日	正常分娩または異常分娩の別	正常	・	異常					
	分娩年月日	令和	年	月	日	生産または死産の別	生産	・	死産					
	入院している場合	入院期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	出 産 児 数	単児
		上記期間の内 健保入院期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		多児() 児)
	上記のとおり相違ありません。													
令和										年	月	日	医療機関(助産院)の所在地	
										名称				
										医師(助産師)の氏名				
										TEL () -				

分娩のため欠勤した期間を記入してください。

⑧ 労務に服 さなかつた 期 間	令和	年	月	日から	日間	給料 締切日	日締	左の期間中の 報酬について	支給した ・一部支給した 支給する ・一部支給する 支給しない																										
	令和	年	月	日まで	日割	給料 支払日	日払																												
⑨ 上の期間中の就労状況を(欠勤は○)、(公休は●)、(出勤は×)、(有給は△)印で該当日に表示してください。																																			
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	計	出勤	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	計	出勤	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	計	出勤	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	計	出勤	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	計	出勤	日
⑩ ⑪の期間中における報酬の支給状況を記入してください。(支払のない場合は'0'を記入してください。)																																			
事 業 主 が 証 明 す る 欄	年月分	報 酬 計 算 期 間	報酬の区分 とその 単価 報酬の 支給額		基本給	諸 手 当				給 支 給 額																									
	年	月	日	から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円																								
	月	月	日	まで	実支給額	円	円	円	円	円	円																								
	年	月	日	から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円																								
	月	月	日	まで	実支給額	円	円	円	円	円	円																								
年	月	日	から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円																									
月	月	日	まで	実支給額	円	円	円	円	円	円																									
年	月	日	から	(日額×日数)	(×)	(×)	(×)	(×)	(×)	円																									
月	月	日	まで	実支給額	円	円	円	円	円	円																									
給与の種類を○で囲んでください。		月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給 ・ 歩合給 ・																																	
欠勤した場合の支給方法について該当するものに○印をつけてください。 ア.基本給及び諸手当とも控除(一部)する。 イ.基本給は全額支給し、諸手当を控除(一部)する。 ウ.基本給のみ控除(一部)し、諸手当を全額支給する。 エ.その他(理由)																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和										年	月	日	事業所の所在地																						
										(担当者)		事業所名称																							
										TEL () -		事業主の氏名																							

1ヶ月分を単位として支給される金額を記入してください。

実際に支給した金額または、支払日等の関係で後日支給する金額を記入してください。

☆請求書は請求される期間を経過してから提出してください。

※この請求書には事業主証明欄ならびに医師または助産師の意見欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。被保険者(請求者)記入欄(振込指定銀行等を含む)についてのみ記入した請求書に、事業主証明書・医師または助産師の意見書をそれぞれ添付のうえ提出していただいても結構です。

※医師意見欄及び事業主証明欄の証明内容を訂正する場合で、訂正箇所証明者のサインを取得する事が困難な場合は、実際に訂正をした人のサイン及び所属部署をご記入ください。

【添付書類】

出勤簿(写)・賃金台帳(写)

※請求期間の含まれる給与計算期間分の前月分からの出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。

※給与計算期間の途中で休み始めた、又は出勤し始めた為、給与が日割りで計算されている場合は、賃金台帳(写)の余白部分に、根拠となる計算式を記入してください。