

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 被保険者証の	記号	番号	資格取得年月日	昭・平	年	月	日					
				資格喪失年月日	平成	年	月	日					
	出 産 日	平成	年	月	日								
	標準報酬月額								千円				
出産の為仕事 を休んだ期間	平成	年	月	日	から								
	平成	年	月	日	まで								
	日間												
休んだ給料は	受けられる・一部受けられる・受けられない												
振込希望の 銀行	銀行 支店												
	普通・当座 No 号 名義人(カナ)												
上記のとおり請求します。													
セディナ健康保険組合 殿	平成 年 月 日												
被保険者の 住所 〒													
氏名					印	TEL							
事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間			1か月分の基本給や 諸手当の額 (支給しない場合も記入)				基本給や諸手当の支給状況 (欄の期間を含む給料の締切日ごとに記入)					
	平成	年	月					日	から	日間	月	日	月
	平成	年	月	日	まで		月	日	月	日	月	日	
	給料の	種類	月給、日給、日給月給 時間給、その他		基本給 月給・日給		円						
		締切日	日締		住宅手当 有・無 (1か月 円)								
		支払日	日払		通勤手当 有・無 (1か月 円)								
	欄の期間 中について 報酬は	・ 支給した			家族手当 有・無 (1か月 円)								
		・ 一部支給した			手当 有・無 (1か月 円)								
		・ 支給する予定			手当 有・無 (1か月 円)								
		・ 一部支給する予定			手当 有・無 (1か月 円)								
・ 支給しない													
上記のとおり相違ないことを証明します。													
平成 年 月 日													
(記載者氏名) 事業所の所在地													
名称													
氏名													
TEL													
印													
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産予定年月日	平成	年	月	日	出産年月日	平成	年	月	日			
	出生児の数	単胎・多胎 (児)				生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)						
	上記のとおり相違ないことを証明します。												
平成 年 月 日													
医療施設の所在地													
名称													
医師・助産師の氏名													
TEL													
印													