

出産手当金・付加金 請求書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。  
 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。  
 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

令和元年5月改訂版 1/2

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

(3)資格取得日(平成9. 4. 1以前は平成9. 4. 1) (4)資格喪失日

(5)分娩予定日 (6)単胎、多胎 (7)分娩日

(8)請求期間

(9)労務につかなかった期間(請求開始日から請求末日)

請求の内訳	出産手当金 (A)	標準報酬日額(当月) 割合 請求日数 ( ) × $\frac{2}{3}$ × ( ) = 円	請求金額 <input type="checkbox"/> 基本はA+B <input type="checkbox"/> C欄に記入額があるときはA+B-C <input type="text"/> 円
	出産手当金 付加金(B)	標準報酬日額(当月) 割合 請求日数 ( ) × $\frac{11}{60}$ × ( ) = 円	

上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。 年 月 日

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿 勤務箇所

氏 名 (印) \*

\* 被保険者等が自ら記入する場合は押印は省略可 電話(自宅・携帯) - -

事業所使用欄	箇所長	(印)	電話	-	健保担当課	(印)	事業主整理番号
--------	-----	-----	----	---	-------	-----	---------

備考 事業主を経由せず直接、健康保険組合に請求する場合は「上記のとおり、事業主を経由して請求いたします。」のように、「事業主を経由して」の部分に二重線で抹線して提出してください。その場合についても各証明欄に証明を受けてください。

出産手当金・付加金 請求書  
事業主の証明及び医療機関の証明

2/2

事業主の証明欄	前月分出務表の写し (初回のみ記入)	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月分 出務表の写し	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
上記請求期間中に報酬等の支払いがあったとき(C)	月額( )円÷30=日額( )円(小数以下切り捨て) 日額( )円×請求日数( )日=報酬控除額( )円 ※各( )内に記載 ※報酬支払がない場合は「月額( )円」に「0円」のみ記載																
給与事務担当者 氏名	年 月 日																
	Ⓜ 電 話																
上記のとおり相違ないことを証明する。	所在地																
	年 月 日																
	名称																
	事業主名 Ⓜ																

医療機関の証明欄	対象者氏名		分娩者生年月日	年 月 日	
	分娩予定日	年 月 日	分娩日	年 月 日	
	分娩の内容		単胎・多胎( 児)	生産・死産(妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。				年 月 日
	所在地				
名称					
電 話				医師名 Ⓜ	