

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。

(1)被保険者等記号 (2)被保険者等番号

[][][][] [][][][][][][][] _____

(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

[][][] 年 [][] 月 [][] 日 [][][][] 年 [][] 月 [][] 日

(5)分娩予定日 (6)単胎、多胎 (7)分娩日

[][] [][][][][][][] [][] 0:単胎 [][][][][][][][]
 [][] 1:多胎 [][][][][][][][]

7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

(8)請求期間

[][] [][][][][][][] から [][] [][][][][][][] まで [][][] 日間

7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

(9)労務につかなかった期間(請求開始日から請求末日)

[][] [][][][][][][] から [][] [][][][][][][] まで

7:平成9:令和 年 月 日 7:平成9:令和 年 月 日

請求の内訳	出産手当金 (A)	算定平均標準報酬額(日額) 割合 請求日数 () × $\frac{2}{3}$ × [][] = 円	請求金額 □基本はA+B □C欄に記入額があるときは A+B-C [][][][][][] 円
	出産手当金 付加金(B)	算定平均標準報酬額(日額) 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 _____

電話(自宅・携帯) _____ - _____

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

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		