

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3年4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

[][][] 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 |