

出産手当金・出産手当付加金 支給請求書(第 回)

被 保 険 者 の 記 入 欄	保険証記号 番号・枝番	記号	番号・枝番	下記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委託します。	
	事業所 名称				令和 年 月 日
	所 属				フリカサ 被保険者名
	休業期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生
退 職 入 者 欄	住所(〒 -)	給付金振込先銀行口座(本人名義のもの)			
	(注2) 電話番号 ()	銀行名	支店名(支店番号) (店番)	番 号	
					(普) 支店

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩年月日	令和 年 月 日
	生産・死産 流産の別	生産 ・ 死産 ・ 流産(妊娠 ヶ月) ・ 多胎分娩		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
		令和 年 月 日		
		医師または 住所 助産師 医療機関名 氏名		

事 業 主 の 証 明 欄	出勤は出、欠勤は○、有休休暇は△、公休は公でそれぞれ表示してください。連続する場合は→でつないで表示してください。																															
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	給与の種類	□月給 □日給 □日給月給 □時間給 □その他() 記載のとおり相違ないことを証明します。																														
労務に服さなかった期間	給与支払期間		支払額(円)																													
令和 年 月 日 から	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																															
令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																															
日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																															
		(事業主) 所在地 名称 氏名																														

健 保 組 合 記 入 欄	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	標準報酬月額	円	標準報酬日額	円	
	種 別	支給率	支給金日額	支給日数	支給額			
	出 産 手 当 金	2/3	円	日	円			
	出 産 手 当 金 付 加 金	1/30	円	日	円			
	事業主より受ける報酬		円	日	円			
	差 引 支 給 額							
	支給決定年月日	令和 年 月 日			総支給額合計			円
					常務理事	事務長	主任	担 当
被保険者資格得喪年月日	取得	昭和 平成・令和 年 月 日						
	喪失	令和 年 月 日						

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認し在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ振込みします。
2. 退職者については産後56日経過後に支給いたします。被保険者氏名・捺印欄及び退職者記入欄に住所・電話番号
銀行口座を必ずご記入ください。
3. 支給日額に円未満の端数が出た場合は四捨五入して円単位を算出し支給額を決定いたします。