

出産手当金請求書（第 回）

① 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 健康保険 被保険者証の	記号	番号	② 資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	③ 資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	④ 出 産 日	令和 年 月 日	⑤ 標準報酬月額	千円				
	⑥ 出産の為仕事 を休んだ期間	令和 年 月 日 から	⑦ 休んだ給料は	受けられる・一部受けられる・受けられない				
		令和 年 月 日 まで	日間					
⑧ 振込希望の 銀 行	銀行		支店		名義人(カナ)			
上記のとおり請求します。 SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿 令和 年 月 日 被保険者の 住 所 〒 氏 名 TEL								
③ 事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑨ 労務に服さなかった期間		⑩ 1か月分の基本給や 諸手当の額 (支給しない場合も記入)	⑪ 基本給や諸手当の支給状況 (⑨欄の期間を含む給料の締切日ごとに記入)				
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間	月 日	月 日	月 日	月 日
	⑫ 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 (1カ月)	有・無 円			
		支払日	日払	通勤手当 (1カ月)	有・無 円			
	⑬ (⑨欄の 期間中 について 報酬は)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支給した ・ 一部支給した ・ 支給する予定 ・ 一部支給する予定 ・ 支給しない 		家族手当 (1カ月)	有・無 円			
				手当 (1カ月)	有・無 円			
手当 (1カ月)				有・無 円				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 (記載者氏名) 事業所の所在地 名 称 氏 名 TEL								
② 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 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。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 名 称 医師・助産師の氏名 TEL							