

出産手当金請求書(その2)

(1) (第 回目)

(事業主への注意事項)

ク、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。
 キ、(カ)欄は「現在までも、また将来も支給しない」などと記載して下さい。
 カ、(キ)欄は「(ケ)欄は、(カ)欄にわたるときは、両欄にわたって記載して下さい。」

事業主が証明するところ	(13) 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	(14) うえの期間中 の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 金 円 日額 年 月 日まで (月 日支払) (金 円)
		(イ) 一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 金 円 日額 年 月 日まで (月 日支払) (金 円)
	※請求期間の在職期間中について、勤務していたことを会社で証明をしてもらう。		
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
(15) 住 所			
事業主 (16) 氏 名		(17)	
		電話 ()	番

(医師または助産婦への注意事項)

コ、(カ)欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
 (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) 欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

医師または助産婦が意見をかくところ	(18) 分べん年月日	年 月 日	(19) 分べん予定年月日	年 月 日	
	(20) 正常分べん または 異常分べん の別	正 常 ・ 異 常	(21) 生 産 または 死 産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月)	
	(22) 入院して分べんしたときは、その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	(23) 入院費用 の 別	健保 ・ 公 費 自費 ・ その他
	(24) 出生児の数	※病院で証明をもらう。			
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日				
(25) 職名 ()		(26) 住 所			
		(27) 氏 名		(28)	
		電話 ()	番		

(共通する注意)

シ、印は、ハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。

ス、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印((1)から(12)までの訂正箇所には(4)の印、(13)から(16)までの訂正箇所には(17)の印、(18)から(27)までの訂正箇所には(28)の印)を訂正印として押して下さい。

セ、(10)、(11)の(B)、(12)の(B)の(ウ)、(13)および(22)の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。
 たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間になります。