				支給決定日	常務理事	事務長	担当者
				年 月 日			
支給期間	自 令和 年 月 日	至 年 月 日	日間				
出産手当金	標準報酬日額	支給率	支給日数	事業主報酬	出産手当金支給額		
		× 2/3 ×	—	=			
同付加金	{(標準報酬日額×70/100×支給日数)=小計}			出産手当金	事業主報酬	同付加金支給額	
	{(×70/100×)= }			—	—	=	

出産手当金 並 出産手当付加金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号		標準報酬 月 額		, 000 円	事業所の 名 称 (通勤場所)	
	被保険者資格	平・令	年 月 日	取得	令和	年 月 日	喪失
	分娩のため 休んだ期間	令和	年 月 日	から	年 月 日	まで	日間
	分娩年月日	令和	年 月 日		分娩予定 年 月 日	令和	年 月 日
	振込希望銀行 (退職(予定)者)	銀行 支店 (普通座 第 号)					
	備 考	(フリガナ) 名 義					

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

医師又は 助産師の 意見 及び 証明欄	分娩年月日	令和	年 月 日	分娩予定 年 月 日	令和	年 月 日
	分娩の状態	生産・死産(妊娠 ヲ月)		出生児の数	単胎・多胎(児)	
	上記の事実を証明する。			医療機関の住所	名称	電話
	令和	年 月 日		医師の氏名		

上記による出産手当金並出産手当付加金(事業主より受けた報酬を除く)を請求します。

令和 年 月 日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者 住 所

氏 名

電話番号

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																			
	上記の期間中に報酬の全部 又は一部を支払ったとき	期間	月 日 から 月 日 まで	金額	報酬の全部 一部支給	円																		
	報酬の支給形態	ア.月給 イ.準月給 ウ.日給 エ.時給 オ.その他					賃金締日	日																
	欠勤控除の場合、 具体的な計算方法						支払日	日																
	勤怠状況 出勤：出 欠勤：欠 有給：有 休日：公 産休：産 育休：育																							
	年	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	労務に服さなかつた日数		日	支払報酬合計				円							
	年	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	労務に服さなかつた日数		日	支払報酬合計				円								
年	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	労務に服さなかつた日数		日	支払報酬合計				円								
年	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	労務に服さなかつた日数		日	支払報酬合計				円								
年	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	労務に服さなかつた日数		日	支払報酬合計				円								
備考																								
上記の通り相違ないことを証明します。																								
令和 年 月 日												事業主の名称												
												事業主の氏名												