

※請求の際には請求期間全部に係る賃金計算期間（賃金締切毎の期間）の出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。

健康保険	被保険者等記号・番号 ※		被保険者 (請求者)		被保険者捺印	事業主捺印	医師等捺印
	123	789	港 千鶴	港	港	事業主印	湾岸
	住所		生年月日				
	〒150-0022 東京都渋谷区恵比寿南〇-〇〇-〇		昭和・平成 3年4月9日				
	東京都渋谷区恵比寿南〇-〇〇-〇		被保険者の資格を取得した日				
	昭和(平成)令和 26年4月1日						
被保険者の記入欄	名称		所在地				
	芝浦港運株式会社		〒108-0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇				
	この請求は出産前のもので 出産後のもので		出産予定日		平成・令和 31年2月22日 出産予定		
			出産日		平成・令和 31年2月18日 出産		
	出産のため休んだ期間 (請求期間)		平成・令和 31年1月8日 から		98 日間		
		平成・令和 31年4月15日 まで					
上記の期間、報酬を受けましたか、又は受けられますか		はい・いいえ		平成・令和 31年1月1日 から		通勤手当 の分として	
				平成・令和 31年1月31日 まで		10,000 円	

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	平成・令和 31年1月8日 から	98 日間	給与の種類	1.月給 2.日給 3.日給月給 4.時間給	締日	末日	
		平成・令和 31年4月15日 まで				支払日	25日	
	上記の期間、報酬を支給した場合、又は支給する場合は	報酬の名称	支給対象期間		支給額			
		通勤手当	1月1日 ~ 1月31日		10,000 円			
			月日 ~ 月日		円			
現在までも又は将来も上記の他に支給しますか		はい・いいえ						
上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日		令和 1年5月9日				
事業所所在地		108-0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇		事業主印				
事業所名称		芝浦港運株式会社						
事業主氏名		代表取締役 東京 健太						

医師・助産師の記入欄	出産者氏名	港 千鶴			
	出産予定年月日	平成・令和 31年2月22日	出産年月日	平成・令和 31年2月18日	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	生産・死産 (週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日		令和 1年5月6日
	医療施設の所在地	〒150-0021 東京都渋谷区恵比寿西〇-〇-〇		医師・助産師名	
	名称	恵比寿西産婦人科			
	電話番号	03-△△△△-△△△△			

支払金融機関	公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)		出勤簿・賃金台帳
	1. 普通	銀行	本店	
	2. 当座			
	口座番号	口座名義	刀かナ	照合者

受取代理人の欄	本請求および給付金に関する受領を代理人に委任します。		記入日	令和 1年5月9日
	請求者	住所	〒150-0022 東京都渋谷区恵比寿南〇-〇〇-〇	受付印
		氏名	港 千鶴	
	代理人	住所	〒108-0023 東京都港区芝浦〇-〇-〇	振込依頼書にて登録のもの
	氏名	芝浦 涼介	登録印	