

請求書

[illegible]

<2024.12>

事業主が証明するところ	被保険者氏名		社員番号																													
	勤務状況		【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給
	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																												日	日
	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																												日	日
	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																												日	日
	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																												日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か		☐ はい ☐ いいえ						給与の種類				☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 日給月給				☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他															
	支給した(する)賃金内訳	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																												備 考		
			月 日～ 月 日分					月 日～ 月 日分					月 日～ 月 日分					月 日～ 月 日分														
			支給額					支給額					支給額					支給額														
基本給																																
通勤手当																																
残業手当																																
計																																
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																																
上記のとおり相違ないことを証明します。令和 年 月 日																																
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()																																

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日	
	正常出産又は異常分娩の別		生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 週)	
	出産児の数	単 体 ・ 多 胎 (児)			
	入院して出産したときはその期間	令和 年 月 日から	日間	入院費用別	健保 ・ 公費
		令和 年 月 日まで			自費 ・ その他
	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 医療施設の名称 医師又は助産師の氏名 電話 ()					