

受付年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係員
伺年月日	令和 年 月 日					
決裁年月日	令和 年 月 日					
支払年月日	令和 年 月 日					
支給支払決議書	資格取得	年 月 日	支給期間	令和 年 月 日から		
	資格喪失	年 月 日		令和 年 月 日まで 日間		
	標準報酬月額	千円	支給額	円		
	支給開始日	令和 年 月 日	不支給期間	令和 年 月 日から		
	前回	令和 年 月 日		令和 年 月 日まで 日間		
今回	令和 年 月 日	不支給額	円			

出産手当金 請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	健康保険組合理事長殿					
	令和 年 月 日					
	住所					
	被保険者					
	氏名					
	下記のとおり請求します。					
	被保険者証の記号・番号	事業所の名称	標準報酬月額	千円		
	分娩前・分娩後の別	分娩前 ・ 分娩後	分娩予定日	令和 年 月 日		
			分娩日	令和 年 月 日		
	分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部をうけたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日分 円					
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通・当座 口座番号 口座名義)					

添付書類

- ※ タイムカード (出勤簿) の写し・賃金台帳の写し (請求期間前1ヶ月分から請求期間の終わりに該当するもの)
- ※ 振込先の預金通帳の写し (被保険者本人以外の名義を振込先に指定する場合は、委任状欄の記入と被保険者との関係を示す公的書類を添付してください。)

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		
	1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください。)	基本給・諸手当の支給状況 (給与の締切日ごと)		
		令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分
	基本給	円	円	円
	月給・日給・日給月給・時給・その他()	円	円	円
	通勤手当 (1ヶ月)	円	円	円
	手当 (1ヶ月)	円	円	円
	手当 (1ヶ月)	円	円	円
	手当 (1ヶ月)	円	円	円
	給与の締切日	基本給・諸手当の 欠勤控除の計算方法		
日				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 年 月 日				
事業所住所 事業所名称 電話番号				

医師または助産師の意見	分娩年月日	令和 年 月 日	単胎 ・ 多胎 (児)		
	分娩予定年月日	令和 年 月 日			
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)	
	うえのとおり相違ないことを証明します。				
	令和 年 月 日				
住所					
(職名)					
氏名					

委任状	私は _____ を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	令和 年 月 日		
	被保険者	住所	氏名
			㊟
	代理人	住所	氏名
			㊟