

			受付年月日			年 月 日		
			伺 年 月 日			年 月 日		
			決裁年月日			年 月 日		
支 給 支 払 決 議 書								
支 給 額			円					
支給 内訳	出 産 手 当 金		円					
	出産手当付加金		円					
支給期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間						
標準報酬 月 額		円(第 級)						

資 格 取 得		年 月 日	
資 格 喪 失		年 月 日	
前 回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日		年 月 日	
不支給理由			

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回目)

年 月 日					
健康保険組合理事長 殿					
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・等級	千円 第 級
出 産 前 出 産 後	の別	出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産の年月日		出産予定日	年 月 日
				出 産 日	年 月 日
出 産 の ため 休 ん だ 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間				
うえの期間の報酬（賃金）の 全部又は一部を受けたとき 又は受けられるときはその 報酬額及び期間		年 月 日 から 年 月 日まで 日分 円			
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
	普通 当座	フリガナ 口座番号 口座名義			

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	出 産 年 月 日	年 月 日		出 産 単 胎 (児)
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日		
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日			
医療機関等の名称				
医療機関等の所在地 〒				
医師・助産師の氏名 ㊞				

事 業 主 証 明	労 務 に 服 さ な か っ た 期 間		年 月 日 から 年 月 日まで 日間	
	うえの 期間中 の分として支 払う報酬関係	全 額 支 給 の 場 合	年 月 日から 年 月 日まで の分	金 円 (日 額) (金 円)
		一 部 支 給 の 場 合	年 月 日から 年 月 日まで の分	金 円 (日 額) (金 円)
		支給しない 場 合		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
住所 〒 事業主 氏名 ㊞				

委 任 状	私は、 年 月 日 进行を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 円 日請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日			
	住所 〒 被保険者の 氏名 ㊞			
	住所 〒 代 理 人 の 氏名 ㊞			
	委任者と代理人との関係			
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所			
	普通 当座	フリガナ 口座番号 口座名義		

領 収 書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日			
	健康保険組合理事長 殿			
	住所 〒 受領者 氏名 ㊞			