

支給額	円
支内	出産手当金 円
	出産手当金付加金 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)

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			
常務理事	事務長	事務次長	担当者
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・請求書

(第 回目)

〇〇年〇〇〇〇日

健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所 〒〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇  
氏名 健保花子 (印)

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇	事業所 の名称	株 〇〇〇	標準報酬 等級	円 級
出産前 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 と出産のあった年月日		出産予定日	〇〇年〇〇月〇〇日
出産後				出産日	〇〇年〇〇月〇〇日
出産のため 休んだ期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで		〇〇日間		
うえの期間の報酬(賃金)の 全部または一部を受けたとき または受けられるときは その報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで		日分 円		
振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店(普通 〇〇〇〇 当座)				

※なお請求について自署の場合は押印を省略可とする。

医師または助産師の意見	出産年月日	年 月 日	出産単胎	児)
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定多胎	児)
	正常出産または異常出産の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。			
	年 月 日	住所		
	(職名)	)		
		氏名		

事業主証明	業務に服さな 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 の分 金 円 日 額 ( 月 日支払) 金 円
		一部支給 の場合	年 月 日から の分 金 円 日 額 年 月 日まで ( 月 日支払) 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 印			

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日	
	住所 被保険者の 氏名	印
	住所 代理人の 氏名	印
振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通 当座 )	

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	印