

受付年月日	年	月	日
同年月日	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	課長	担当者
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
前回	始	年	月
	終	年	月
支払年月日	年	月	日
不支給理由			

支給額	円	
支給内訳	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	
標準報酬月額	円(第 級)	

出産手当金請求書 (第 回)

年 月 日			
健康保険組合理事長 殿			
被保険者		住所 氏名	
印			
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 等級月額	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 と出産のあった年月日	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	銀行 支店(普通 当座)		

医師または助産師の意見	出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 単 胎	
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	出 産 予 定 多 (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 月)
	うえのとおり相違ありません。			
年 月 日				
住所				
(職名)				
氏 名				
印				

事業主証明	労働に服さな 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 (月 日支払) 円 日 額 円
		一部支給 の 場 合	年 月 日から の分 金 (月 日支払) 円 日 額 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