


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 〇 回目)

〇〇年〇〇月〇〇日			
健康保険組合理事長 殿			
被保険者	住所	〇〇県〇〇市△△町3-2-1	
	氏名	健保 太郎 (健保印)	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の 記号・番号	00000000	事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社
		標準報酬 等級月額	0000 円 第 00 級
出産前 出産後の別	出産後	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 〇〇日間 〇〇年〇〇月〇〇日まで		
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	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇日分 〇〇年〇〇月〇〇日まで 000000 円		
振込希望の銀行	〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店(普通 当座 0000000)		

医師または助産師の意見	出産年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	出産	単胎 (〇児)
	出産予定年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	出産予定	多 (〇児)
	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 〇〇ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。			
	〇〇年〇〇月〇〇日			
	住所 〇〇県〇〇市△△町1-1			
	(職名 医師)			
	氏名 〇〇〇〇病院 〇〇 〇〇 (印)			

事業主証明	勤務に服さな かった期間	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 間中の分 として支 払う報酬 関係	全額支給 の場合	〇〇年〇〇月〇〇日から の分		金 円日 〇〇額 (〇〇月 〇〇日支払) 金 〇〇円
		一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日まで		の分 金 円日 額 (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。 〇〇年〇〇月〇〇日 住所 〇〇県〇〇市△△町1-1 事業主 氏名 〇〇〇〇株式会社 					

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	金	年 月 日	請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち 円也の受領に関すること。	
		年 月 日		
		住所		
		被保険者の 氏名		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 000000 円也但し うえの金額を領収いたしました。 〇〇年〇〇月〇〇日 健康保険組合理事長 殿
	住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1
	受領者 氏名 健保 太郎 