

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額
支給支払決議書	支払額					千円
	支給期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間	資格 得喪	年 月 日 年 月 日	前回 始終	年 月 日 年 月 日
	不支給 一部不支給 期間	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間	備考			
	出産日	平・令 年 月 日				
	出産予定日	平・令 年 月 日				

健康保険

## 出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

※被保険者（請求者）・医師または助産師の意見欄の捺印は不要です。

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			フリガナ
	記 号	番 号	被保険者(請求者)の 氏 名	
	被保険者(請求者)の現住所			〒 電話 ( )
	出産日	平・令 年 月 日	出産のために休んだ日	平・令 年 月 日 平・令 年 月 日 日間
	上の期間分の報酬(賃金)を受けましたか？ または受けられますか？			受けた・受けない / 受けられる・受けられない
	報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、 その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間			平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日までの分として 円

※ 在籍者は、事業所経由（給与加算）でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい。

委 任 状	私は会社を代理人と定め、本請求に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します	
	本人 住 所 氏 名	印
	代理人 事業所住所 会社 事業所名称 氏 名	

健保使用経過欄	
受付年月日	
受付番号	第 号
決定年月日	

※ 退職者は、支払い口座を記入して下さい。（被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です）

銀行	支 店	普通	口座番号
信用金庫	出張所	当座	口座名義(効力)

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	出 産 年 月 日	平・令 年 月 日	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )	
	出産予定年月日	平・令 年 月 日		
	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 カ月 )
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 職名 ( ) 住 所 氏 名 電話番号			

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日 日間	
	上記期間 中の分と して支払 う報酬等	全額支給	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日までの分として 円
		一部支給	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日までの分として 円
		給与締日 支払日	日締め 当月・翌月 日払い
	給与形態	時間給・日給・日給月給・月給 その他 ( )	現在迄も又将来も 支給しない場合は その旨
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 主 住 所 事業所名称・事業主名 電話番号 印			