

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			
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
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)

出産手当金請求書 (第 回目)

健康保険組合理事長殿 年 月 日

住所 被保険者 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
出産後の別		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及び期間	年 月 日から 年 月 日まで		日分 円
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印 事業主経由でお支払いします。		

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	多胎(児)
	正常出産または異常出産の別	正常・異常	生産・死産(妊娠 ヵ月)	
うえのとおり相違ありません。 年 月 日 (職名) 住所 氏名 印				

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 (日額金 円) (月 日支払)
		一部支給の場合 年 月 日から 年 月 日まで の分 金 (日額金 円) (月 日支払)
	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 年 月 日 請求した出産手当金のうち 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		
	振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普通・当座)	郵便局

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
-----	--