

支給支払決議書	支払額		常務理事	事務長		担当者	標準報酬月額
							千円
	支給期間	令 年 月 日	資格	得	年 月 日		
		令 年 月 日 日間	喪		年 月 日		
	不支給 一部不支給 期間	令 年 月 日	備考				
		令 年 月 日 日間					
出産日	令 年 月 日						
出産予定日	令 年 月 日						

健康保険

出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

被 保 険 者 が 記 入	被保険者の記号・番号			被保険者(請求者)の 氏名	フリガナ		
	記号	番号					
	被保険者(請求者)の現住所			〒			
				電話 ()			
	出産日	令 年 月 日	出産のために休んだ日	令 年 月 日	令 年 月 日	日間	
	上記期間中の報酬(賃金)を受けましたか、又は今後受けますか			いいえ / はい			
「はい」の場合、その報酬支払の基礎 となった期間と報酬額		令 年 月 日から	報酬額			円	
		令 年 月 日まで					

※ 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。

受付日付印

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

※ 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(かた)

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	出産年月日	令 年 月 日	単胎・多胎(児)	
	出産予定年月日	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 ヵ月)
	上記のとおり相違ありません。(手書きの場合は捺印をお願いします)			
	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	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 日間
	上記期間を含む賃金計算期間の支給状況は別紙「傷病手当金・出産手当金 給与支払計算表」にご記入のうえ、添付してください。 (既存の計算表がある場合は、そちらをご提出ください)	
	給与の締日と支払日	日締め 当月・翌月 日払い
	給与形態	時間給(円) ・ 日給(円) ・ 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	