

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	前回	始	年 月 日
		令 年 月 日 日間	喪		年 月 日		終	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 4年 7月 16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 ケンボ ハナコ
	記 号	0	番 号	1111	健保 花子
	被保険者(請求者)の現住所			〒 000-0000 000000001-1-1	
	出産日	令 4年 6月 15日	出産のために休んだ日	令 4年 5月 5日	令 4年 8月 10日 98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 4年 6月 5日から	報酬額 令 4年 6月 20日まで 10,000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、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
	本人 氏 名	健保 花子
	事業所住所	000002-2-2
	代理人 会社 事業所名称 氏 名	000000株式会社 00 00

在籍者は本人欄にご記入ください

※ 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
信用金庫	出張所	当座	口座

退職者は支払口座をご記入ください

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	出 産 年 月 日	令 4年 6月 15日	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	出 産 予 定 年 月 日	令 4年 6月 15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 4年 6月 20日 職名 (医 師) 住 所 000002-2-2 氏 名 00 00 電話番号 00-0000-0000			

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間	令 4年 5月 5日 ~ 令 4年 8月 10日 98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	末日締め 当月 翌月 25日払い
	給与形態	時間給(1,000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	現在までも、また将来も支給しない
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4年 7月 31日 事業主住所 0000002-2-2 事業所名称・事業主名 00 00 電話番号 00-0000-0000		