

同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	係
支給額	拾万	万	千	百	拾	円				
※	支給期間	日数	日額	金額	円					
支給 決議書	支給 決定額	・	・				標準報酬月額	千円	取得	・
		・	・				全部不支給	日間	資格	・
		・	・				一部不支給	日間	喪失	・

# 健康保険 出産手当金請求書

〔 年 月 日 ~ 年 月 日 〕

※▼▼▼▼へ  
資格請求喪失者の請求書の注意  
記入の上、被保険者の全額負担の請求期間・日数を明記し、労働に服することが出来なかった期間、出産年月日、産院または病院名称等、事業主の証明、医師または助産師の証明、委任状の用紙です。

被保険者の記号及び番号	第 号	給与の種類	※ 月給・日給・日給月給 歩合給・その他	標準報酬月額	千円
事業所の名称	被保険者の氏名	フリガナ			
被保険者の現住所	〒□□□□-□□□□				
電話	( )				
労働に服することが出来なかった期間	年 月 日から	日間	左記期間中に報酬を受けたときはその月日及び金額	支給される理由	
年 月 日まで	年 月 日まで	日間	月 日 日間	※ 出勤・有給・食費 月給・手当	
出産年月日	年 月 日				
産院 または 病院名称等	名称	所在地	期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	入院費用の区分 自費 ・ 健保 ・ その他
事業主の証明	労働に服できなかった期間	年 月 日から	日間	左記の通り相違ない	事業主の住所氏名及び印
	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 賃金台帳・タイムカードの写しを添付してください。	給与の締め日	毎月	日	電話 ( )
医師または助産師の証明	出産年月日	平成 年 月 日	医師または助産師の住所及び氏名印		
	出産予定年月日	平成 年 月 日			
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)			
	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月)			
	入院期間	平成 年 月 日 から			
		平成 年 月 日 まで	( ) 日間		
	費用の区別	自費 ・ 健保 ・ その他	医師証明年月日	年 月 日	

委任状	私は下記の事業主を代理人と定め 出産手当金の受領方を委任します。 本人 住 所 氏 名 事業所 代理人 所在地 (事業主) 氏 名	年 月 日	同じ印で押印してください
			受付日付印

事業所 担当者印	
-------------	--

※資格喪失した方のみ、ご記入ください。

金融機関名	銀行	口座番号	普・当
	信金 支店	フリガナ	
	信組	氏名	