

支給支払決議書	同年月日	平成	年	月	日
	決裁年月日	平成	年	月	日
	支払年月日	平成	年	月	日
	支給決定額				
	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	支給日数
支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格	資格取得日	年 月 日
	資格喪失日	年 月 日
前回	始	年 月 日
	終	年 月 日

健康保険 出産手当金請求書 (第 回目)

被保険者証の記号・番号	事業所名称	
	—	
被保険者の	個人番号 (マイナンバー)	
	氏名	生年月日
	住所	日中連絡の取れる電話番号
出産予定日	年 月 日	出産日
出産のために休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
出産のため入院したときはその医療機関等の	名称	
	所在地	
出産の為に休んだ期間中に報酬 (給与等) がありましたか	ある ・ ない	
上記の期間の支払いの基礎となった期間と金額	年 月 日 から 年 月 日 までとして 円	
振込銀行	銀行	支店
	普・当	NO.
	名義 (カタカナ)	
受取代理人の欄	被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者 (請求者) ・ 代理人がそれぞれ記入・捺印のこと	
	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。	
	被保険者 氏名 (請求者)	住所 〒
代理人の氏名と印	(カタカナ)	代理人の住所 〒

事業所担当印

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	出勤は「○」、有給は「△」、公休は「公」、欠勤は「/」 でそれぞれ表示してください。	
	年 月 日から	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月 日まで	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	日間	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
	年 月	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
給与の種類 (該当するものに○)	月給 (固定給) ・ 日給 ・ 時給	円	給与締切日と支給日
欠勤控除の有無	あり ・ なし	欠勤控除の算出方法・精算方法	算出式:
労務に服さなかった期間中の報酬を全額または一部支給した (する) 場合、支給日ごとに記入 (月給者は固定給以外の手当を記入)			
報酬の名称	日額又は月額	支給対象期間	支給日
	円	月 日 ~ 月 日	/
	円	月 日 ~ 月 日	/
	円	月 日 ~ 月 日	/
労務に服さなかった期間中の報酬の支給を (した ・ しない)。 支給日以降、追って支給するものが (ある ・ ない)。			
個人番号に誤りがないことを確認し、上記のとおり相違ないことを証明します。			
所在地			
事業所 名称			
事業主名			

医師または助産師が意見を書くところ	①被保険者 (本人) の氏名			
	②出産年月日	年 月 日	③出産予定年月日	年 月 日
	④正常出産または異常出産の別	正常 ・ 異常	⑤生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	⑥ 出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません			
	医療機関	住所 (所在地) 〒	名称	医師 氏名
			T E L	