

支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当金付加金	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)	

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			
常務理事	事務長	事務次長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

出産手当金・請求書

(第 回目)

〇〇年〇〇月〇〇日			
健康保険組合理事長 殿			
被保険者		住所 〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	印
		氏名 健 保 花 子	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の 記号・番号	〇〇-〇〇〇	事業所 の名称	(株) 〇〇〇
標準報酬 等級	第 級	標準報酬 月額	円
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 〇〇年〇〇月〇〇日
出産後 の別			出 産 日 〇〇年〇〇月〇〇日
出産のため 休んだ期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで 〇〇日間		
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 その報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 円		
振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店(普通 当座 〇〇〇〇 )		

※なお請求について自署の場合は押印を省略可とする。

医師または助産師の意見	出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 単 胎	( 児)
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	出 産 予 定 多 胎	( 児)
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常・異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産・死 産(妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。			
	年 月 日	住 所		
	(職名 )	氏 名		