

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	
同年月日	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	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)

年 月 日			
健康保険組合理事長 殿			
被保険者		住所 氏名 _____ 印	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称	標準報酬 等級月額 第 級
出産前 出産後	の別	出産前に請求するときは出産予定年月日	出産予定日 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	出産日 年 月 日
出産のため 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 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	銀行 支店(普通 当座)		

※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	
	出産予定年月日	年 月 日		出産予定多胎	(児)
	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	ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。				
年 月 日					
住所					
(職名) _____)					
氏名					