

|             |                    |   |  |
|-------------|--------------------|---|--|
| 支 給 額       |                    | 円 |  |
| 支給<br>内訳    | 出 産 手 当 金          | 円 |  |
|             | 出産手当付加金            | 円 |  |
| 支給期間        | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 |   |  |
| 標準報酬<br>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 |   |       |  |
|               |   |       |  |
|               |   |       |  |
| 資 格 取 得       |   | 年 月 日 |  |
| 資 格 喪 失       |   | 年 月 日 |  |
| 前<br>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・出産手当付加金請求書 (第 回目)

|                                                          |                           |                                                     |              |                 |             |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|-----------------|-------------|
| 年 月 日                                                    |                           |                                                     |              |                 |             |
| 健康保険組合理事長 殿                                              |                           |                                                     |              |                 |             |
| 住所 〒                                                     |                           |                                                     |              |                 |             |
| 被保険者 氏名 ㊟ ※                                              |                           |                                                     |              |                 |             |
| 下記のとおり請求します。                                             |                           |                                                     |              |                 |             |
| 被保険者証の<br>記 号・番 号                                        |                           | 事業所<br>の 名 称                                        |              | 標準報酬<br>月 額・等 級 | 千円<br>第 級   |
| 出 産 前<br>出 産 後<br>の 別                                    |                           | 出産前に請求するときは出産予定年月日<br>出産後に請求するときは出産予定年月日<br>と出産の年月日 | 出産予定日        | 年 月 日           | 出 産 日 年 月 日 |
| 出 産 の た め<br>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<br>全部又は一部を受けたとき<br>又は受けられるときはその<br>報酬額及び期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 日分<br>円 |                                                     |              |                 |             |
| 振 込 希 望 の<br>金 融 機 関 名                                   | 銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所      |                                                     |              |                 |             |
|                                                          | 普通<br>当 座                 | 口座番号                                                | フリガナ<br>口座名義 |                 |             |

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。

|                                             |                            |           |                    |                   |
|---------------------------------------------|----------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| 医 師<br>又<br>は<br>助<br>産<br>師<br>の<br>意<br>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 ( 児)       |
|                                             | 正 常 出 産 又 は<br>異 常 出 産 の 別 | 正 常 ・ 異 常 | 生 産 又 は<br>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       |           |                    |                   |
| 医療機関等の名称                                    |                            |           |                    |                   |
| 医療機関等の所在地 〒                                 |                            |           |                    |                   |
| 医師・助産師の氏名 ㊟                                 |                            |           |                    |                   |

|       |                                                                   |         |                 |    |                         |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|----|-------------------------|--|
| 事業主証明 | 労務に服さなかった期間                                                       |         | 年 月 日から 年 月 日まで |    | 日間                      |  |
|       | うえの期間中<br>の分として支払う報酬関係                                            | 全額支給の場合 | 年 月 日から 年 月 日まで | の分 | 金 円 ( 月 日支払 ) ( 金 額 円 ) |  |
|       |                                                                   | 一部支給の場合 | 年 月 日から 年 月 日まで | の分 | 金 円 ( 月 日支払 ) ( 金 額 円 ) |  |
|       |                                                                   | 支給しない場合 |                 |    |                         |  |
|       | うえのとおり相違ないことを証明します。<br><div>住所 〒<br/>事業主 氏名<br/>年 月 日<br/>⑩</div> |         |                 |    |                         |  |

|     |                                                                                                                     |                      |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 委任状 | 私は、<br>年 月 日請求した出産手当金・出産手当付加金のうち<br>金 円也の受領に関すること。<br>年 月 日<br>被保険者の住所 〒<br>氏名 ⑩<br>代理人の住所 〒<br>氏名 ⑩<br>委任者と代理人との関係 |                      |
|     | 振込希望の金融機関名                                                                                                          | 銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所 |
|     |                                                                                                                     | 普通当座 口座番号 フリガナ 口座名義  |

|     |                                                                      |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------|--|
| 領収書 | 金 円也但し<br>うえの金額を領収いたしました。<br>年 月 日<br>健康保険組合理事長 殿<br>受領者住所 〒<br>氏名 ⑩ |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------|--|