

記入例

支給額	円		
支給	出産手当金	円	
内訳	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	事務局長係長担当者
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
前	始
回	終
支払年月日	年 月 日
不支給理由	

出産手当金・出産手当金付加金請求書 (第 1回目)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

健康保険組合理事長 殿

住所 丸亀市中津町〇〇番地〇

被保険者 氏名 大倉 りえ 印

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	100 第6533号	事業所 の名称	〇〇事業所	標準報酬 月額・等級	200千円 第11級
分娩前 の別 分娩後	分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日	1年 7月 31日	分娩日
分娩のため 休んだ期間	1年 6月 19日 から 1年 9月 24日 まで	98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 (給料振込口座)	〇〇銀行 〇〇支店 (普通 1111000)				

医師または助産婦の意見	分娩年月日	1年 7月 30日	分娩	単胎
	分娩予定年月日	1年 7月 31日	分娩予定	多 (児)
	正常分娩または 異常分娩の別	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。			
〇〇年 〇〇月 〇〇日				
住所 丸亀市中津町〇〇番地〇〇 (職名 医師) 〇〇産婦人科医院 氏名 〇〇〇〇 印				

記号	番号	氏名
100	6533	大倉りえ

事業主証明	労務に服さなかった期間	1年 6月 19日 から 1年 9月 24日 まで	98日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年 月 日から (月 日支払) 金 円 (日 額) (金 円)
		一部支給の場合	年 月 日から (月 日支払) 金 円 (日 額) (金 円)
	支給しない場合	産休により支給しない	
証明	うえのとおり相違ないことを証明します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	事業主 氏名	住所 香川県丸亀市中津町1515番地 大倉工業(株)〇〇事業所 事業所長 〇〇 〇〇	印 印

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日	請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち
	金 円也	の受領に関すること。
	年 月 日	
	被保険者の	住所 氏名 印
	代理人の	住所 氏名 印
振込希望の銀行		銀行 支店 (普通当座)

領収書	金 円也但し
	うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日
	健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 氏名 印