

支給決議書	常務理事	事務長	係	係	係	資格取得	年 月 日	
						資格喪失	年 月 日	
	出生児数		単胎・多胎					
	標準報酬月額		千円					
	予定分娩日		実分娩日					
	年 月 日		年 月 日					
	法58条該当		(日額 円)					
支給期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間	支給額	円	
法第58条減額期間		理由()		年 月 日から		年 月 日まで		日間
法第 条全額不支給		理由()		年 月 日から		年 月 日まで		日間
理由		1. 有給のため 2. 支給済のため 3. その他						

健康保険 出産手当金請求書

(注意事項)

欄は請求書提出するとき現在までの「受けた」・「受けない」に、又将来のことを「受けられる」・「受けられない」にわたって二つの事項をマルで囲むこと。
 被保険者(請求者)氏名欄の認印は朱肉印を押印し、また記載事項を訂正した場合はその箇所に同印を押すこと。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	.		被保険者住所	三重県 市 町		
	資格取得日	昭和 平成	年 月 日	資格喪失日(退職日の翌日)	平成 年 月 日		
	予定分娩日	平成 26年 4月 1日		実分娩日	平成 26年 4月 1日		
	分娩の為に休んだ期間(請求期間)	平成 年 月 日から 年 月 日まで					日間
	うえの に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない	受けられる・受けられない	報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から	年 月 日まで	円
	振込希望の銀行名	銀行		支店	(普通 当座)		

事業主が証明するところ	ア、欄に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。 イ、欠勤日は「 」, 有給休暇は「x」、日、祝日・定休日は赤「 」を記入してください。																																
	出勤状況	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	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	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	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	
	印をつけた期間の属する月の賃金台帳(給料支給台帳)を、そのまま転記してください。 支給しないときは「0」と記入してください。																																
	賃金支給状況	賃金計 算期間	賃金の種別	月給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当																								
			正常勤務時間の報酬	円	円	円	円	円	円																								
		月 日 ~ 月 日	日分	日分	日分	日分	日分	日分																									
		月 日 ~ 月 日	円	円	円	円	円	円																									
月 日 ~ 月 日		日分	日分	日分	日分	日分	日分																										
月 日 ~ 月 日	円	円	円	円	円	円																											
賃金	締切日	毎月 日	賃金の支給形態	月給(年 月 日から休職) 日給月給・日給・時給 (該当のものを で囲んでください)																													
	支給日	毎月 日																															

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所の所在地・名称

事業主氏名

医師又は助産婦が証明をするところ	予定分娩年月日	平成 年 月 日		
	実分娩年月日	平成 年 月 日 生産・死産(妊娠 週)		
	正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常	出生児の数	単胎・多胎(児)
	分娩のため入院したときはその期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名称</p> <p>TEL () - () - () 医師または助産婦氏名</p>			

委 任 状

この請求金額の受け取り方を _____ に
委任します。

平成 年 月 日

被保険者氏名印

(注意) 申請印と委任状印は同じ印を押印してください。