

支給決定 伺	常務理事	事務長	会計係	担当者	計算年月	記号	番号	本人 (1)				
					年 月							
					科 目	日 数	回数	支 給 決 定 額				
		資 格 照 合			標準報酬月額							円
		年 月 日取得			千円		出 産 手 当 金					
		年 月 日喪失					3 - 1 - 07					
		前回迄の	年 月 日		支 給 期 間		平成	年	月	日	日間	
	支給期間		年 月 日				平成	年	月	日		
	58条該当				備 考							
							支給決定年月日					

健康保険 出産手当金請求書(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号		標準報酬月額 千円	被保険者の 氏名と 印							
	被保険者の 現 住 所	TEL - -					被保険者の生年月日 昭和 年 月 日生				
	事業所名										
	分娩のため 休んだ期間	平成 年 月 日	日間	左記の期間中報酬 の全部又は一部を 受けたか	受 け た (¥)	一 部 受 け た (¥)	受 け ない				
	分娩予定年月日	平成 年 月 日	日間	単胎又は多胎妊娠の別	単 胎 ・ 多 胎 (人)						
	分 娩 年 月 日	平成 年 月 日	日間	入院して分娩しましたか	入 院 分 娩 ・ 入 院 外 分 娩						
	入院した 期 間	平成 年 月 日	日間	入院費用 の 別	自 費 健康保険 そ の 他	被 扶 養 者 の 有 無	有 ・ 無				
	入院した 期 間	平成 年 月 日	日間	病院又は診 療所の住所							
	事業主の 証明欄	労務に服 さなかつ た期間	平成 年 月 日	日間	月 給 者 被 保 険 者 は 日 給 月 給 者 日 給 者	左記のとおり証明する。 事業所名 所在地 事業主名					
		上記期間中報酬の全部又は一部を支給したときはその期間及び額を記入 して下さい。			平成 年 月 日	¥	円				
医 師 証 又 明 は す 助 る 産 婦	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩予定	左記のとおり相違ありません。							
	分 娩 年 月 日	平成 年 月 日	分 娩	平成 年 月 日							
	入院して分娩し たときはその期 間	平成 年 月 日	日間	医 師 住 所							
	単胎又は多胎妊娠の別	単胎・多胎()人		(助産婦) 氏名							
	入院費用の別	自費・健康保険・その他									

払 渡 希 望 金 融 機 関 名	
銀行	支 店
口 座 番 号	
フリガナ	
名 義 人	

委 任 状	
本支給金額の受領を	
住所	
氏名	印 に委任します。
	平成 年 月 日
被保険者の 氏名及び印	印

受付年月日