

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
前回	始	年	月
	終	年	月
支払年月日	年	月	日
不支給理由			

支給額	円
支給内訳 出産手当金	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)

出産手当金請求書 (第 回目)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

油研健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
氏名 健保 愛子 (健保)

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	000	事業所 の名称	0000	標準報酬 等級月額	〇〇〇〇〇 円 第 〇〇 級
分娩前 分娩後の別	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 分娩日 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
分娩のため 休んだ期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		〇〇日間		
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	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		〇〇日分 〇〇〇〇〇 円		
振込希望の銀行	※在職中は会社宛に支払うため、記載不要 退職後の申請者のみ要記載		銀行	支店(普通 当座))

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 分娩予定 単胎 多胎 (児)	
	分娩予定年月日	年 月 日		
	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)
	<p>うえのとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">※必ず医師または助産師の証明を受けてください</p> <p>年 月 日</p> <p>(職名) 住所 氏名 印</p>			

事業主証明	労務に服さな かった期間		年	月	日から	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	の分	金 (月 日支払) 日金 額円
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金 (月 日支払) 日金 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。 年 月 日 住所 事業主 氏名 印							

委任状	私は 年 月 日請求した出産手当金のうち 金 年 月 日 円也の受領に関すること。 を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	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 油研健康保険組合理事長 殿						
	受領者	住所	氏名	印			