

支払決議書	決定伺い	平成	年	月	日	送金番号	第	号	常務理事			
	資格	取得	年	月	日	支給額			事務長			
		喪失	年	月	日							
	前回	始	年	月	日	支給期間	年	月	日から	経理		
		終	年	月	日		年	月	日まで		日間	
	分娩日	年	月	日	入院期間	被扶養者	有・無	標準報酬	千円	係		
	入院期間	年	月	日から							年	月
該当条文	51③(46), 55の2, 57, 58, 59					日額	円	×	×	日	=	円
58条関係	月	日から	日間	円	〔1日当たり〕	日額	円	×	×	日	=	円
	月	日まで	日間	円		日額	円	×	10%	×	日	=

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回目)

出産手当附加金

被保険者の記入欄	健康保険被 保険者証の	記号	住所	(郵便番号)						
		番号	号							
	事業所の 名称	氏名		④						
	分娩の ために休 んだ期間	平成	年	月	日から	日間	分娩	年	月	日
		平成	年	月	日まで	日間	分娩予定	年	月	日
振込み希望の銀行 又は郵便局名	銀行			支店	普通 当座	郵便局				

事業主の証明欄	本人の給与 種別	※月給・日給月給・日給・その他	職種	標準報 酬月額	千円			
	労務に服さな かった期間	平成	年	月	日から	日間	左の期間を対象に報酬支払 した(する)ことの有無	※ 有・無
		平成	年	月	日まで	日間		
	上記の期間分として支給した(する)報酬の内訳				事業主の住所(所在地) 氏名(名称)と印			
	※基本給,有給 出勤	月	日	~	月	日	日間	円
	手当	日, 日, 日, 日, 日						円
	手当							円
上記の証明は裏面に記載のとおり				電話 < > () 番				

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年	月	日	分娩	単胎
	分娩予定年月日	年	月	日	分娩予定	多胎 (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 (妊婦 ヶ月)	
	上記のとおり相違ありません。					
年 月 日						
(職名) 住所						
氏名						
④						

◎労務に服さなかった期間における就労・給与支払いの明細

下記記載事項は原本に照らし相違ありません
平成 年 月 日

事業主の証明欄

住所
事業主
氏名

印

労務に服さなかった期間(表面と一致のこと)				
平成	年	月	日	日間
平成	年	月	日	

上記の期間内での出勤または有給休暇の該当日(出勤は○で、有給は△で該当日を囲んで下さい。
なおそれぞれの該当日のない場合は、斜線で全欄を抹消して下さい。)

年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	出	勤	有	給
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		日	日	日	
年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	出	勤	有	給
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		日	日	日	
年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	出	勤	有	給
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		日	日	日	
年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	出	勤	有	給
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日		日	日	日	

給与支払の状況 (賃金台帳、給与支給明細簿等の写し)

項目	月分	月分	月分	月分	月分
賃金計算期間	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
労働日数					
合計					

委任状

私は 年 月 日請求した出産手当金・出産手当附加金のうち
金 円也の受領に関すること。
年 月 日

被保険者の 住所
氏名
代理人の 住所
氏名

印

印

領収書

金 円也 但し
上記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