

支給額	円		
支給内訳	出産手当金	円	
	出産手当付加金	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		
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
前回	始	年 月 日
	終	年 月 日
支払年月日	年 月 日	
不支給理由		

出産手当金請求書 (第 回目)

00年 00月 00日

音羽健康保険組合理事長殿

住所 東京都〇〇区〇〇町1-1

被保険者 氏名 音羽 花子

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	16-100	事業所の名称	会社名	標準報酬等級月額	00000円 第00級
分娩予定日	00年 10月 27日	分娩日	00年 11月 1日		
分娩のため休んだ期間	00年 00月 00日 から 00年 00月 00日 まで 00日間				
うへの期間の報酬(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				
振込先	*被保険者本人の口座に限る *既に健保に口座登録の方は不要です ×× 銀行 〇〇 支店 (普通) No. △△△△△				

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎 (児)
	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(妊娠 ヶ月)		
うへのとおり相違ありません。			
年 月 日			
(職名) 住所 氏名			

事業主証明	労務に服さなかった期間		年 月 日 から	日間	
			年 月 日 まで		
	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 円 (日額)	(金 円)
		一部支給の場合	年 月 日からの分	金 円 (日額)	(金 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					
事業主 住所 氏名 ①					

委任状	私は 年 月 日 請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。			
	年 月 日			
	被保険者の 住所 氏名 ①			
代理人の 住所 氏名 ①				
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店 (普通当座)	郵便局	

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			
	音羽健康保険組合理事長 殿			
受領者 住所 氏名 ①				
※振込の為. 不可				