

支給額	円
支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
法第51条関係	該当 不該当
標準報酬額	円(第 級)

受付年月日	平成 年 月 日
伺年月日	平成 年 月 日
決裁年月日	平成 年 月 日
支給支払決議書	
資格取得	昭・平 年 月 日
資格喪失	平成 年 月 日
前回	始 平成 年 月 日
	終 平成 年 月 日
支払年月日	平成 年 月 日
不支給理由	

出産手当金請求書 (第 回)

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

船場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	00-000	事業所の名称	株式会社〇〇〇〇	標準報酬等級月額	〇〇〇〇〇 円 第 〇〇 級	
出産前 出産後	出産後	出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	出産日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
出産のため 休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日分 円				
入院して 出したとき	産院または 病院名	〇〇〇〇病院	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町200		
	入院した 期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	〇〇日間			
	被扶養者氏名	生年月日	被保険者との続柄			
	健保 一郎	平成 〇〇年 6月 1日	長男			
振込先	〇〇 銀行	〇〇 支店(普通当座)	000000	口座名義 ケンポ アイコ 健保 愛子		

医師または助産師の意見	出産年月日	平成 年 月 日	出産単胎(児)	出產 單胎 (児)
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産予定	出產予定 (児)
	正常出産または異常出産の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	入院して出産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	健保・自費・その他
	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所 (職名) 氏名 印			

事業主証明	労務に服さな かった期間		平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日から	〇〇日間		
			平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日まで			
	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	平成	年	月	日から	金	円	(日額 金円)
		一部支給 の場合	平成	年	月	日まで	(月日支払)	金円)
	支給しない 場合	現在までも、将来も支給しない。							
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 印									

委任状	私は 〇〇年 〇〇月 〇〇日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 平成 年 月 日 請求した出産手当金のうち 金 〇〇〇〇円也の受領に関する事。 平成 年 月 日							
		被保険者の	住所	氏名	印			
		代理人の	住所	氏名	印			
振込先	銀行 支店 (普通当座) 口座名義							

領収書	金 〇〇〇〇円也但し うえの金額を領収いたしました。 平成 年 月 日 船場健康保険組合理事長 殿							
		受領者	住所	氏名	印			