

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給開始	年 月 日
支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日
前回	始 年 月 日
	終 年 月 日

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
標準報酬月額	千円 (第 級)			
全部・一部 不支給	期間: ~ 日間			理由
備考				

出産手当金請求書 (第 1 回)

《被保険者が記入するところ》

被保険者証の記号番号	5001 - 1234		事業所の名称	〇〇株式会社
または個人番号 (マイナンバー)				
出産前 出産後 の別	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	出産予定年月日	29年4月1日 出 産 日 29年4月5日
出産のために休んだ期間	H29年 2月 19日 から H29年 5月 31日 まで 102 日間			
上記期間の報酬の全部または一部を受けたとき、または受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円		日間	
振込希望の銀行 (被保険者口座)	****銀行 ****支店 普通 **** 当座 (口座名義人: ケンポ アイコ)			
上記のとおり請求します。	H29年 8月 15日 被保険者の住所 〒123-4567 ***県***市***区***町 123 氏名 健保 合子 ナイスグループ健康保険組合理事長 殿			

《医師または助産師が意見を書くところ》

出産年月日	H29年 4月 5日	出 産	単胎
出産予定年月日	H29年 4月 1日	出産予定	多胎 (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)
上記のとおり相違ありません。	H29年 4月 8日 医師 住所 (所在地) 123-4567 ***県***市***区***町 89 医療機関名 健康産婦人科 氏名 △△ △△△ 電話 987局 (6543) 2109番		

《事業主が証明するところ》

労務に服さなかった 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
上記期間の報酬の全部または 一部を支給するまたは支給し た報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 までの分 金 円 (月 日支払)	日間
上記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 電話 局 () 番		

《委任状》 委任をする場合のみご記入ください

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した出産手当金のうち、金 _____ 円の受領に関すること。 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
被保険者の 住所 (請求者) 氏名		
代理人の 住所 氏名		
振込希望の銀行 (代理人口座)	銀行 支店 普通 当座	(口座名義人: _____)