

支給決議	同年月日		取得年月日		常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額				喪失年月日				
					出産手当金額				
支給内訳	日額	日数			支給期間	～			日間
					分娩予定年月日		分娩年月日		

事業所コード	事業所名
01	本社

事業所	所属長	担当者

## 出産手当金請求書

被保険者記入欄	記号	番号	フリガナ	ケンボ ハルコ	生年月日	昭平 〇〇 〇〇 〇〇
	1601	101142	氏名	健保 春子		
	現住所	〒000-0000 東京都〇〇市〇〇3-5			TEL	00-0000-0000
	適用事業所	山崎製パン株式会社			標準報酬月額	〇〇〇 千円
	取得年月日	平成 令和	喪失年月日	令和	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	
	分娩予定年月日	令和	分娩年月日	令和	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	
	分娩のため休んだ期間	令和 〇〇 〇〇 〇〇 ~ 〇〇 〇〇 〇〇			〇〇 日間	
	入院期間	令和 〇〇 〇〇 〇〇 ~ 〇〇 〇〇 〇〇			〇〇 日間	
入院費用	自費・健保・その他( )			被扶養者の有・無	有・無	

委任状	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に請求した出産手当金の受領を委任いたします。	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 本住所 東京都〇〇市〇〇3-5 人氏名 健保 春子	事業所名称	山崎製パン株式会社 事業所長名 事業 太郎	

※喪失(退職)後の支払方法	令和 年 月 日提出	支払	決議	受付
	振込	銀行支店		
	ア. 事業所を通して支払い	普/当 No.		
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	名義人(カタカナ)			

	証記号・番号	16 01	101142	氏名	健保 春子		
事業主	労務に服さなかった期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇		～	令和 〇〇・〇〇・〇〇	〇〇 日間	
	上記期間中の支払報酬の有無 の(有)・無 一部支払の(有)・無	支	令和 〇〇・〇〇・〇〇	～	令和 〇〇・〇〇・〇〇	金額 000,000	日数 00
		払	令和 .	～	令和 .		日額 0,000
		内	令和 .	～	令和 .		
		訳	令和 .	～	令和 .		
			令和 .	～	令和 .		
給与支払いの有無の理由	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日 無給産休						
雇用区分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト						
備考							
欄	<p>上記のとおり相違ないことを証明します</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>所在地 東京都千代田区岩本町3-10-1</p> <p>事業所 名称 山崎製パン株式会社</p> <p>事業所長名 事業 太郎</p>						

※ 労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写しを必ず添付して下さい。

医師又は助産師の意見欄	出産者氏名	健保 春子		
	分娩予定年月日	令和 〇〇・〇〇・〇〇	分娩年月日	令和 〇〇・〇〇・〇〇
	出世児の数	単胎( )・多胎( )		生産・死産の別 (生産)死産(妊娠 ヶ月)
	分娩のために入院した期間	令和 〇〇・〇〇・〇〇	～	令和 〇〇・〇〇・〇〇
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>所在地 東京都××市△△町1-1</p> <p>医療機関 名称 〇〇産婦人科医院</p> <p>担当医氏名 医療 健輔</p>			