

受付年月日	年 月 日	
同年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給支払決議書		
常務理事	事務長	係
支給額	円	
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当附加金	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
標準報酬月額	千円 (第 級)	

健康保険組合が記入します

### 出産手当金請求書 (第 回目)

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

宝グループ健康保険組合理事長殿

被保険者 住所 京都市下京区××××町9-8-7  
氏名 宝 松子

下記のとおり請求します。

被保険者の 記号・番号	1000-1234	事業所	宝酒造株式会社	標準報酬 第 級	円	
分娩前の別 分娩後	分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と 分娩のあった年月日	分娩予定日	〇年 〇月 〇日	分娩日	〇年 〇月 〇日
分娩のため 休んだ期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 〇年 〇月 〇日まで	〇日	〇〇	日間		
上記の期間の報酬(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			
振込希望の	銀行	支店 (普通)	名義			

医師または助産婦の意見	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
上記のとおり相違あり			
医師の証明をもらって下さい			
住所 氏名			

医師の証明をもらって下さい

事業主	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	全額の支給合算	年 月 日から 年 月 日までの分 ( 月 日支払)	円 ( 日 額 円)
	一部の支給合算	年 月 日から 年 月 日までの分 ( 月 日支払)	円 ( 日 額 円)
上記の期間中として支払う報酬額	支給しない合	会社が記入します	
証明	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日	住所 事業主 氏名	氏名

会社が記入します

委任状	私は 年 月 日 請求した出産手当金のうち 円也の受領に関すること。
責任	令和 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 京都市下京区××××町9-8-7 氏名 宝 松子
状況	代理人の住所 氏名
振込希望の銀行名	銀行 支店 (普通) 名義

領収書	金額 円也但し
	上記の金額を領収済み 年 月 日
	宝グループ健康保険組合 受領者 住所 氏名

記入不要