

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日

支給支払決議書				
理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者
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				

支給額	円		
支給内訳	出産手当金	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)		

出産手当金請求書 (第 回目)

麻生健康保険組合理事長殿		年 月 日	
住所		被保険者	
氏名		_____	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の記号・番号	事業所の名称	標準報酬等級月額	_____円 第 級
分娩前の別 分娩後の別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日	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	分娩日	年 月 日
分娩のため 休んだ期間	年 月 日から 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 またはう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	銀行 支店 (普通) 口座名義(カナ)		
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 (妊娠 ヶ月)
うえのとおり相違ありません。 年 月 日 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 年 月 日まで 日間	
	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 年 月 日まで の分 金 円 (日 額) (月 日 支払) (金 円)
		一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円 (日 額) (月 日 支払) (金 円)
		支給しない 場合	
うえのとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			

委 任 状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した出産手当金 _____ 円也の受領に関する事。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 住所 被保険者の _____ 氏名 _____ 住所 代理人の _____ 氏名		
	振込希望の銀行	_____ 銀行	_____ 支店(普通 _____)口座名義(カナ)

※ 1 回目のみ勤務票(写)を添付
 (任意継続被保険者は除く)