

受付年月日	年 月 日
伺年年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日

(記入例)

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 1 回目)

麻生健康保険組合理事長殿		17年 9月 1日	
被保険者		住所	福岡県飯塚市柏の森99
氏名		福岡 秋子	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の記号・番号	11-99	事業所の名称	△△△△△△
標準報酬等級月額	360 円	第級	21
分娩前の別	分娩前	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日 17年 7月 12日
分娩後の別		分娩後に請求するときは分娩予定年月日	分娩日 17年 7月 12日
分娩のため休んだ期間	17年 6月 1日 から 17年 7月 12日 まで 42 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	〇〇銀行 △△支店 (普通 01234) 口座名義(カナ) フクオカ アキコ		
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 生産・死産 (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	17年 6月 1日 から 17年 7月 12日 まで 42 日間	
	うえの期間中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。 17年 9月 10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)