

支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当金付加金	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)	

受付年月日	年 月 日		
伺年月日	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	課長	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			

**出産手当金・出産手当金付加金請求書** (第 回目)

健康保険組合理事長 殿				〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者		住所			
氏名		健保 太郎	印		
下記のとおり請求します。					
被保険者証の 記号・番号	0000-0000	事業所 の名称	〇〇株式会社	標準報酬 等級月額	円 第 級
出産前 出産後の別	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			出産予定日	年 月 日
出産のため 休んだ期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで			〇日間	
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	〇〇銀行 〇〇支店(普通 当座〇〇〇〇〇〇)				

医師または助産師の意見	出産年月日	年 月 日	出産単胎	( 児)
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定	( 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)
	うえのとおり相違ありません。  年 月 日  (職名) 住所 氏名 印			