

【記入例】

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係	係
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得	年 月 日		
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	資格喪失	年 月 日		
標準報酬月額	円(第 級)	前回	始	年 月 日	
		終	年 月 日		
		支払年月日	令和 年 月 日		
		不支給理由			

出産手当金請求書 (第 1 回目)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

住所 〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇

被保険者 氏名 大平 理沙

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	18-5678	事業所の名称	健保商事株式会社	標準報酬等級月額	200千 円 第 17 級
分娩前の別	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	令和 〇 年 6 月 15 日	
分娩のため休んだ期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 8 月 12 日まで		分娩日	令和 〇 年 6 月 17 日	
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	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 31 日まで			31 日分	
振込希望の金融機関名	銀行 店・本店 (普通 No. ) 金庫 支店・出張所 (当座 )			200,000 円	

医師または助産婦の意見	分娩年月日	令和 〇 年 6 月 17 日	分娩 単胎 (児)
	分娩予定年月日	令和 〇 年 6 月 15 日	分娩予定 多 (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
	うえのとおり相違ありません。		
令和 〇 年 6 月 24 日			生産・死産(妊娠 ヶ月)
(職名 医師)	住所	東京都板橋区高島平〇-〇-〇	
氏名	高島平レディースクリニック 高島 佳代子		

事業主	労務に服した期間	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 8 月 12 日まで	104 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	令和 〇 年 5 月 1 日から 令和 〇 年 5 月 31 日まで	金 200,000 円 (日額) ( 金 6,667 円 )
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日額) ( 金 円 )
		支給しない場合		
証明	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 8 月 13 日 住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇 事業主 氏名 健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎			

本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。

令和 年 月 日

住所 〒170-0003 東京都豊島区駒込〇-〇-〇

被保険者の氏名 大平 理沙

住所 〒100-0004 東京都千代田区大手町〇-〇-〇

代理人の氏名 健保商事株式会社 代表取締役 田中一郎

振込希望の金融機関名	銀行 店・本店 (普通 No. ) 金庫 支店・出張所 (当座 )
------------	--------------------------------------

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日
	大平洋金属健康保険組合理事長 殿
	住所 受領者 氏名

(注意事項)  
被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類等が必要です。)