

2枚目をA3サイズに拡大印刷してご利用ください。
(A4サイズでだされたものは、うけつけられません。)

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	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)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
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	令和 年 月 日		
不支給理由			

出産手当金請求書 (第 回目)

令和 年 月 日

大平洋金属健康保険組合理事長 殿

住所 〒
被保険者
氏名

下記のとおり請求します。

被保険者等 記号・番号	事業所 の名称	標準報酬 等級月額	第 級	円
分娩前 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	年 月 日	
分娩のため休 んだ期間	年 月 日 から 年 月 日まで	分娩日	年 月 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	年 月 日 から 年 月 日まで		日分	円
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 当座 No.)

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 (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。				
令和 年 月 日				
(職名) 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します。 令和 年 月 日 住所 〒 事業主 氏名		

委任 状	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 〒 被保険者の 氏名	住所 〒 代理人の 氏名
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所 (普通 当座 No.)

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)
被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。