

【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。

被保険者等記号・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 1 2 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	200,000 円
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 )				

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 生産・死産 (妊娠 ヶ月)
うえのとおり相違ありません。			
令和 〇 年 6 月 2 4 日			
(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	労務に服さなかつた期間	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 金 200,000 円 (日額) 令和 〇 年 5 月 31 日まで (6 月 10 日支払) (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) ( 月 日支払) (金 円)
証明	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 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 )
------------	--------------------------------------

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。