

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

大太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。

被保険者証の記号・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 店・本店 金庫 支店・出張所	(普通 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	( 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	住所 〒 (職名 ) 氏名		

(2021.02)

(注意事項)  
被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。  
(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。)

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 日 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 日 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 店・本店 金庫 支店・出張所	(普通 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
	大太平洋金属健康保険組合理事長 殿
	住所 受領者 氏名