

【記入例】 ご注意ください！
申請書は、A 3 サイズで印刷して下さい。

支給額		円	
支給内訳	出産手当金	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	平成 年 月 日		
伺 年 月 日	平成 年 月 日		
決裁年月日	平成 年 月 日		
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	平成 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			

出産手当金請求書（第 1 回目）

大平洋金属健康保険組合理事長 殿						H〇〇 年 〇 月 〇 日	
住所 東京都豊島区駒込〇-〇-〇							
被保険者 氏名 大平 理紗						印	
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 分娩後	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	H 〇〇 年 6 月 15 日	
分娩のため休 んだ期間	平成 〇〇 年 5 月 1 日 から 平成 〇〇 年 8 月 12 日 まで		104 日 間		分 娩 日	H 〇〇 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			平成 〇〇 年 5 月 1 日 から 平成 〇〇 年 5 月 31 日 まで		27 日分 200,000 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. (当座)			

医師または助産婦の意見	分 娩 年 月 日	平成〇〇年 6 月 17 日	分 娩	単胎	分娩予定 (児)	
	分 娩 予 定 年 月 日	平成〇〇年 6 月 15 日	分娩予定 多			
	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。 平成〇〇年 6 月 24 日 (職名 医師) 住 所 東京都板橋区高島平〇-〇-〇 氏 名 高島レディースクリニック 高島 佳代子 印					

(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。)

(TK201701)

事業主証明	労務に服さな かった期間	平成〇〇 年 5 月 1 日 から 平成〇〇 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	平成〇〇 年 5 月 1 日から 金 200,000 円 (日 額) (6 月 10 日支払) (金 6,667 円)
		一部支給 の場合	年 月 日から 金 円 (日 額) 年 月 日まで (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。 平成 〇〇 年 8 月 13 日 住 所 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 印			

委任状	私は 健保商事株式会社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 平成〇〇 年 8 月 13 日請求した出産手当金のうち 金 円也の受領に関すること。 平成〇〇 年 8 月 13 日 住所 東京都豊島区駒込〇-〇-〇 被保険者の 氏名 大平 理紗 印 住所 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 印			
	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. 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 印
-----	--