

2枚目以降を A3 サイズに拡大印刷してご利用ください。

(A4 サイズで出されたものは、受け付けられません)

受付年月日	年 月 日		
伺年月日	年 月 日		
決裁年月日	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	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			

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)	

出産手当金請求書 (第 回目)

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	円 第 級
分娩前の別		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	
分娩後の別			分娩日	年 月 日	
分娩のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
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				
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	年 月 日	分娩単胎	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定多胎	(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。 年 月 日 (職名) 住所 氏 名			

(TK200906)

(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。欄へ記載してください。

事業主証明	業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 日分の金 円 (日 額 円) (月 日支払) (金 円)
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで 日分の金 円 (日 額 円) (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。 年 月 日 住所 事業主 氏名			

委任状	私は 年 月 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。	
	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 (普通 No.) 金庫 支店・出張所 (当座)	

領収書	金 円但し 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	