

※支給支払決議書					発議	年 月 日			決議	年 月 日			
支給決定金額	円				資格	取得	年 月 日		常務理事	事務長	会計係	給付係	庶務係
支給開始日	年 月 日					喪失	年 月 日						
支給期間		年 月 日～ 年 月 日 (日間)											
平均標準報酬月額		年 月～ 年 月 ; 月平均				円(①)		日額(①÷30)		円			
全加入者平均標準報酬月額		年 9月末 ;				円(②)		日額(②÷30)		円			
支給額算定基礎日額		円(A)											
支給額計算基礎	支給日額(A) × 給付率 × 支給日数 - 一部不支給額 = 支給額												備考
	円 × 2 / 3 × 日 - 円 = 円												

健康保険 出産手当金請求書

(分べん 分/第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号番号	-----	②被保険者（請求者）の氏名及び印	㊟	③生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	④事業所の名称				⑤被保険者の資格を取得した日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	⑥被保険者の住所	〒 - (電話) () -				⑦標準報酬月額 千円	
	⑧分べんの日または分べんの予定日	年 月 日		実分べん日 分べん予定日	⑨左記が実分べん日のとき予定日はいつですか	年 月 日	
	⑨分べんのため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	⑩うえの期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない		⑪報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円		
	分べんで入院したときはその	㊱病院名			⑫病院の所在地		
		⑬上記⑨の休んだ期間のうち入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで				

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください																															
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																															
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	自 年 月 日至 年 月 日の分として	円																															
		自 年 月 日至 年 月 日の分として	円																															
		自 年 月 日至 年 月 日の分として	円																															
		自 年 月 日至 年 月 日の分として	円																															
	上記の通り相違ないことを証明します 年 月 日 住所 事業主氏名 ㊟																																	年 月 日提出 受付日付印

医師又は助産師が意見を書くところ	分べん年月日	年 月 日		分べん予定年月日	年 月 日	
	正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常		生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 （妊娠ヵ月）	
	入院して分べんしたときは、その期間	年 月	日から日まで	日間	入院費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児）				
	上記の通り相違ありません 年 月 日 住 所 医 師 助 産 師 氏 名 電話（ ） — 印					

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 年 月 日 住 所 被保険者（請求者） 氏 名 印			
	代理人の氏名と印	印	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒 — 電話（ ） —		

支払先金融機関	銀行 金庫 農協		店							
	預金種別	普 通 ・ 当 座 ・ （ ）		口座番号						
	口座名義	フリガナ								