

支給支払決議書 (健康保険組合使用欄)

伺年月日		年 月 日			決定年月日			年 月 日						
支給額							常務理事	事務長	担当者	資格	得	年	月	日
										前	喪	年	月	日
支給期間	年 月 日	年 月 日	日間	月	額	千円				回	始	年	月	日
											終	年	月	日

健康保険 出産手当金請求書 (第 回目)

1. (注意事項) 分娩日が予定日と相違するときは必ず予定日を記入すること

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		Ⓜ		
被保険者の住所		〒		電話		
事業所の	名称					
	所在地	〒				
払渡希望の銀行等	銀行 (フリガナ)		本店	口座番号		
	金庫		支店			
ふりがな 口座名義						
分娩年月日		年 月 日		分娩予定年月日		
		年 月 日		年 月 日		
分娩のため休んだ期間		年 月 日～		年 月 日 日間		
上記期間内に受けた報酬の有無			受けた・受けない・受けられる			
被保険者記入欄	入院して分娩しましたか		入院分娩・入院外分娩			
	入院して分娩したときは	病院又は診療所の名称・所在地				
		入院した期間		年 月 日～		年 月 日 日間
		自費入院・健康保険入院の区別		自費・健康保険・その他		被扶養者が
				いる・いない		
分娩年月日		年 月 日		分娩予定年月日		
		年 月 日		年 月 日		
正常・異常分娩の別		正常分娩・異常分娩		出産児の数		
				単胎・多胎 (名)		
入院期間	年 月 日		健康保険により入院した期間	年 月 日		
	年 月 日 日間			年 月 日 日間		
上記のとおり相違ありません。						
年 月 日						
所在地						
医療機関等の名称						
担当医氏名						
(助産婦)						
TEL						
Ⓜ						

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健康保険 出産手当金請求書 (第 回) No. 2

労務に服さなかった期間該当する日 (日曜祝日も含む) を○で囲むこと	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計 日
	年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
上記期間中報酬の 全部又は一部を 1. 支給した (その内容を右 の欄に記入の こと) 2. 支給しない		区分	単価	期 間			金 額										
	基本給	定額		月	日~	月	日										
		日割		月	日~	月	日										
	家族手当	定額		月	日~	月	日										
		日割		月	日~	月	日										
	通勤手当	定額		月	日~	月	日										
		日割		月	日~	月	日										
		定額		月	日~	月	日										
		日割		月	日~	月	日										
		定額		月	日~	月	日										
日割			月	日~	月	日											
支払方法	日給 (1日あたり 円) 月給・日給月給・その他 ()																
	切 日~ 日 支払 日																
就業規則等で報酬を支払うべきものを支払わないときはその理由																	
上記のとおり相違ありません。																	
年 月 日																	
所在地																	
事業所の 名称																	
代表者名																	
TEL																	