

## 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
					喪	年	月	日
支給期間	年 月 日 日間	月額	千円	前	始	年	月	日
				回	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	1234	56	被保険者の氏名	健保 花子	健保
被保険者の住所	〒000-XXXX 東京都練馬区〇〇-△△-XX		電話	03-1234-5678	
事業所の	名称	(株)日本ハウスホールディングス			
	所在地	〒000-XXXX 東京都千代田区飯田橋四丁目3番8			
払渡希望の銀行等	〇〇 銀行 (フリガナ) 金庫 ふりがな けんぼはなこ 口座名義 健保花子	XX 本店 支店	口座番号 0 0 0 0 0 0 0		
分娩年月日	平成 24年 9月 10日	分娩予定年月日	平成 24年 9月 8日		
分娩のため休んだ期間	平成 24年 8月 20日~平成 24年 11月 18日 100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				
入院して分娩しましたか	入院分娩・入院外分娩				
被保険者記入欄 入院して分娩したときは	病院又は診療所の名称・所在地	高橋産婦人科医院 東京都世田谷区松原〇〇-△△-XX			
	入院した期間	平成 24年 9月 8日~平成 24年 9月 15日 8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		
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 日間	健康保険により入院した期間	年 月 日 日間		
上記のとおり相違ありません。					
医療機関等の所在地	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)

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