

同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	課長		担当者	資格	得	年	月	日	被扶養者 台帳照合 者印				
支給額	拾万	万	千	百	拾	円				喪	年	月	日					
									前回	始	年	月	日					
										終	年	月	日					
支給決議書	支給期間	年	月	日	日間	全部不支給	期間	年	月	日から	年	月	日	入院期間	年	月	日	日間
	分べん日	年	月	日	分べん													
	備考	決定標準報酬 (千円)				一部不支給	期間	年	月	日から	年	月	日	日間	該当条文	法第104条、法第106条、法第108条		

健康保険出産手当金請求書 ^① (第 回)

被保険者が記入するところ	②被保険者証の記号と番号			③被保険者の氏名と印			④印			
	⑤被保険者の現住所	〒						方		
	⑥事業所の名称									
	⑦被保険者の資格を取得した日	昭和・平成	年	月	日	⑧被保険者の標準報酬月額	千円			
	⑨分べんの日	年	月	日	⑩左記の⑨の分べん日は実分べんですか又は予定分べんですか	1. 実分べん (分べん予定日 月 日) 2. 予定分べん				
	⑪分べんのため休んだ期間 (支給期間)	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間
	⑫(ア)うえの⑪に書いた期間の分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない								
	(イ)報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支配の基礎となった(なる)期間	年	月	日	から	年	月	日	までの分として	円
	⑬(ア)入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん ・ 入院外分べん								
	(イ)入院して分べんしたときは	(a)病院または産院名			(b)病院または産院の所在地					
(c)入院した期間		年	月	日から	年	月	日まで	日間		
(d)自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか		自費 ・ 健保 ・ その他		(e)被扶養者がおりますか	いる ・ いない					
(f)被扶養者がいるときはその者の		氏名		生年月日	被保険者との続柄					
		年		月	日					

年 月 日 提出

<振込先指定口座>

- マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
(利用する場合は 利用しない場合は下記の欄を記入してください。)

支払希望の銀行	振込先金融機関名	銀行	支店
	預金種別 口座番号	普通・当座	No.
	預金名義人	(フリガナ)	
		(TEL)	