

記入不要

支給支払決議書	常務理事	事務長	担当者	標準報酬	令和 年 月 日 起案
				千円	支給金額 円
	出産日	令和 年 月 日			
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間)			
	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	資格喪失日	令和 年 月 日			

出産手当金請求書

被保険者が記入

被保険者記入欄	保険証の記号番号	記号	21	番号	12000	事業所名	株式会社 栗田健保
	氏名	健保 月子			生年月日	昭和・平成 58年 9月 1日	
	出産日	令和 3年 4月 1日			出産予定日	令和 3年 4月 3日	
	出産のために休んだ期間(申請期間)	令和 3年 2月 19日 ~ 令和 3年 5月 27日					
	住所	〒 164-0001 東京都中野区中野4-1-1					
振込希望銀行	銀行コード	〇〇〇〇	銀行名	健保銀行		普通当座	No 〇〇〇〇〇〇
	店番号	〇〇〇	支店名	中野支店			
	口座名義人(カタカナ)		ケンポ ツキコ				

会社が記入

事業主証明欄	労務に服しなかった期間	令和 3年 2月 19日 ~ 令和 3年 5月 27日 まで (98 日間)					
	労務に服しなかった期間中支給した(する)賃金	給与の締め日(○してください)		支給日			
	令和 3年 5月 14日 ~ 令和 3年 5月 27日 (14 日間)	月末・15日・その他()		当月 25日			
	金 0 円也 ※期間中無給の場合はその旨ご記入下さい			翌月			
上記内容に相違ないことを証明します。							
無給の場合 は0と記入							
事業所所在地 東京都中野区中野4-10-5 事業所名称 株式会社 栗田健保 事業主氏名 代表取締役社長 健保 一郎							

医師又は助産師が記入

医師または助産師意見欄	出産日	令和 3年 4月 1日	出産予定日	令和 3年 4月 3日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記内容に相違ないことを証明します。			
医療機関所在地 東京都新宿区新宿1-1-1 医療機関名称 健保クリニック 医師または助産師氏名 健保 三郎				

被保険者が記入

委任状	本請求金額の受領を 健保 四郎 に委任する。
	令和 3年 6月 1日 被保険者氏名 健保 月子

提出書類 事業主は原本証明入りの出勤簿・賃金台帳を添付してください。 栗田健康保険組合

※出産予定日または出産日の早いほうから42日以前(多胎妊娠は98日以前)~産後56日間分

出産手当金の受領を委任する場合に記入