

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
	氏名と印	健保 月子			Ⓜ	生年月日	昭和・平成 58年 9月 1日
	出産日	令和 元年 7月 1日			出産予定日	令和 元年 7月 4日	
	出産のために休んだ期間(申請期間)	令和 元年 5月 21日 ~ 令和 元年 8月 26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 元年 5月 21日 ~ 令和 元年 8月 26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 元年 8月 13日 ~ 令和 元年 8月 26日 (14 日間) 金 0 円也 ※期間中無給の場合はその旨ご記入下さい	月末 15日・その他()		当月 25日 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

捺印

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 元年 7月 1日	出産予定日	令和 元年 7月 4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			

捺印

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 元年 10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。

※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

栗田健康保険組合

出産手当金の受領を委任する場合に記入

受領者と被保険者の捺印が同一でないこと