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		備考		
	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	☐ 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。) 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、本請求に基づく給付金の受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	銀行コード	○○○○	銀行名	健保銀行	(普通)当座	No ○○○○○○○
	店番号	○○○	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） 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。			
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		

無給の場合は0と記入

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		

捺印 (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 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。

出産手当金の受領を委任する場合に記入

栗田健康保険組合