

支給額	円		
支給内訳	出産手当金	円	
	出産手当付加金	円	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
標準報酬月額額	円(第 級)		

受付年月日	年 月 日	
伺年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
支給支払決議書		
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
前回	始	年 月 日
	終	年 月 日
支払年月日	年 月 日	
不支給理由		

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回目)

年 月 日			
昭和産業健康保険組合理事長 殿			
住所 〒 被保険者 氏名 ㊟ ※			
下記のとおり請求します。			
被保険者証の記号・番号		事業所の名称	標準報酬月額・等級 千円 第 級
出産前 の別 出産後		出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産の年月日	出産予定日 年 月 日 出産日 年 月 日
出産のため 休んだ期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
うえの期間の報酬(賃金)の 全部又は一部を受けたとき 又は受けられるときはその 報酬額及び期間		年 月 日から 年 月 日まで	日分 円
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫 信組		
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義
医師 又は 助産師 の 意見	出産年月日	年 月 日	出産 単胎 (児)
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定 多胎 (児)
	正常出産又は 異常出産の別	正 常・異 常	生産又は 死産の別
	うえのとおり相違ありません。		生産・死産(妊娠 ヶ月)
医療機関等の名称			年 月 日
医療機関等の所在地 〒			
医師・助産師の氏名			㊟

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。

事業主証明	労務に服さなかった期間		年	月	日から	年	月	日まで	日間					
	うえの期間中 の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年	月	日から	年	月	日まで	の分	金	円	(日額)	金	円
		一部支給の場合	年	月	日から	年	月	日まで	の分	金	円	(日額)	金	円
		支給しない場合												
うえのとおり相違ないことを証明します。														
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 〒 事業主 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>														

委任状	私は、 年 月 日請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。											
	年 月 日											
	被保険者の		住所 〒		氏名		㊟					
	代理人の		住所 〒		氏名		㊟					
委任者と代理人との関係												
振込希望の金融機関名	銀行 金庫 信組						店・本店 支店・出張所					
	普通 当座		口座番号				フリガナ 口座名義					

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。											
	年 月 日											
	昭和産業健康保険組合理事長 殿											
	受領者		住所 〒		氏名		㊟					