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
前回 終	年　月　日
支払年月日	年　月　日
不支給理由	

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	円(第　級)	

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

被保険者　住所〒

氏名　㊞※

※被保険者本人が署名した場合は、押印不要です。

下記のとおり請求します。

被保険者等記号・番号		事業所の名称		標準報酬月額・等級	千円 第　級
出産前 出産後の別		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				店・本店 支店・出張所
	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 出産予定多胎	(　児)
	出産予定年月日	年　月　日			
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　ヶ月)	
	うえのとおり相違ありません。　年　月　日 医療機関等の名称 医療機関等の所在地　〒 医師・助産師の氏名　㊞				

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　円） （　月　日支払）（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　円） （　月　日支払）（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。

年　月　日

事業主　住所　〒

氏名　　㊞

委任状

私は、　　を代理人と定め、次の権限を委任する。

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　　㊞