

【見本】

支給期間	令和 年 月 日	支給支払い決裁書			
	令和 年 月 日 日間	常務理事	事務長	会計	扱者
支払額	円				/
支払年月日	令和 年 月 日				
分べんの日	令和 年 月 日				
被保険者の標準月額	日額	資格取得		年 月 日	
報酬月額・日額	千円 円	資格喪失		令和 年 月 日	

健康保険 出産手当金請求書

令和 年 月 日 提出

被保険者	被保険者証の記号・番号	記号 20 番号 1234	事業所の名称	(株) ○○○○
	被保険者の氏名と㊞	椿 太郎	生年月日	昭・平 6年 7月 8日
	分べんした年月日	令和 1年 9月 28日	出生児氏名	椿 二郎

医師・助産師記入欄	分べん年月日	令和 1年 9月 28日	分べん予定日	令和 1年 10月 5日
	生産または死産の別	生産(妊娠 カ月)・死産(妊娠 カ月)	胎児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 1年 10月 10日 医療施設の名称・所在地 〒 610-0380 京田辺市甘南備台1丁目○-○ 椿本産婦人科 医師・助産師名 山本 太郎 ㊞ TEL 0774-64-50xx			

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間期間	令和 1年 8月 18日 から 1年 9月 28日 42日間
	上記期間中の賃金支払状況	全額支給 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		一部支給 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		上記期間中の支払賃金合計額 円 日額 円
	不支給	令和 1年 8月 18日 から 1年 9月 28日 まで 42日間
上記のとおり相違ないことを証明します		令和 年 月 日
事業所所在地		
事業主氏名		㊞

委任状	私は、下記の事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日請求した出産手当金の受領に関すること。	
	被保険者の住所	東京都中野区江古田100
	氏名	椿 太郎 ㊞
	事業所所在地	
	事業主氏名	㊞

健保受付印