

同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長		担当者	資格	得喪	年 月 日	被扶養者 台帳照合 者印
支給額	拾万 千 百 拾 円						前回	始	年 月 日	
支給決議書	支給期間	年 月 日 日間	全部不支給	期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 日間	入院期間	年 月 日 日間	終	年 月 日	
	分べん日	年 月 日 分べん	一部不支給	期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 日間	該当条文	法第104条、法第106条、法第108条			
	備考	決定標準報酬( 千円)								

## 健康保険出産手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	.....	被保険者の氏名と印	.....	印	
	被保険者の現住所	〒 .....				方
	事業所の名称	.....				
	被保険者の資格を取得した日	昭和・平成 年 月 日	被保険者の標準報酬月額	..... 千円		
	分べんの日	平成 年 月 日	左記の分べん日は実分べんですか 又は予定分べんですか	1. 実分べん (分べん予定日 月 日) 2. 予定分べん		
	分べんのため休んだ期間(支給期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間			
	(ア)うへの に書いた期間の分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
	(イ)報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支配の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日 までの分として	円			
	(ア)入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん ・ 入院外分べん				
	(イ)入院して分べんしたときは	(a)病院または産院名	.....		(b)病院または産院の所在地	.....
(c)入院した期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間				
(d)自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか		自費 ・ 健保 ・ その他		(e)被扶養者がおりますか	いる・いない	
(f)被扶養者がいるときはその者の		氏 名		生年月日	被保険者との続柄	
				年 月 日		

平成 年 月 日 提出

支払希望の銀行	振込先金融機関名	銀行 信用金庫	支店
	預金種別口座番号	普通・当座	
	預金名義人	(フリガナ) .....	
(TEL)			