

出産手当金支給申請書

(第 回目)

年 月 日
蝶理健康保険組合理事長 殿  被保険者 住所 氏名 _____  下記のとおり請求します。

被保険者証	記号 番号	事業所 の名称	標準報酬 等級 月 額	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 と出産のあった年月日	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	日間	年 月 日まで
うえの期間の報酬（賃金）の 全部または一部を受けたとき または受けられるときは その報酬額および期間		年 月 日から	日分	年 月 日まで  円
振込希望の銀行		銀行	支店（普通 当座）	

医師または 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	( 児 )
	正 常 出 産 また は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 また は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 月 )
	うえのとおり相違ありません。  年 月 日  (職名) 住 所  氏 名			

事業主証明	労働に服さな 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	全額支給合 の 場 合	年 月 日から の分 金 ( 月 日支払) 金 円 日 額 円
		一部支給合 の 場 合	年 月 日から の分 金 ( 月 日支払) 金 円 日 額 年 月 日まで
		支給しない合 場 合	
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 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のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日	
	住所 被保険者の 氏名	
	住所 代理人の 氏名	
振込希望の銀行	銀行 支店 ( 普通 当座 )	

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 蝶理健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名