

出産手当金支給申請書

(第 〇 回目)

〇〇年 〇〇月 〇〇日						
蝶理健康保険組合理事長 殿						
			被保険者	住所	〇〇県〇〇市△△町3-2-1	
				氏名	健保 太郎	
下記のとおり請求します。						
被保険者証の 記号・番号	記号	〇〇	事業所 の名称	〇〇〇〇株式会社	標準報酬	0000 円
	番号	〇〇〇〇〇〇			等級月額	第 〇〇 級
出産前 出産後	の別	出産後	出産前に請求するときは出産予定年月日		出産予定日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
			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 日 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
出産のため 休んだ期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日から		〇〇日間			
	〇〇年 〇〇月 〇〇日まで					
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	〇〇年 〇〇月 〇〇日から		〇〇日分			
	〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		000000 円			
振込希望の銀行	〇〇〇〇 銀行		〇〇 支店(	普通	0000000	) 当座

医師または 助産師の 意見	出 産 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	出 産	単胎
	出 産 予 定 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	出 産 予 定	多胎 ( 〇 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	生産・死産(妊娠 〇〇ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。  〇〇年 〇〇月 〇〇日  (職名 医師 ) 住 所 〇〇県〇〇市△△町1-1  氏 名 〇〇〇〇病院 〇〇 〇〇			

事業主証明	労働に服さな かっ た 期 間	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	〇〇 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	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から の分 金 円 日 〇〇 額 ( 〇〇 月 〇〇 日支払) 金 〇〇 円
		一部支給 の場 合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円 日 額 ( 月 日支払) 金 円
		支給しない 場 合	
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>住所 〇〇県〇〇市△△町1-1</p> <p>事業主 氏名 〇〇〇〇株式会社</p>			

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 〇〇〇〇〇 円也但し
	うえの金額を領収いたしました。
	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	蝶理健康保険組合理事長 殿
	住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1
	受領者 氏名 健保 太郎