


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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健</span>					
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 00 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 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		〇〇ヶ月)	
う え の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。								
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		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

事業主証明	労務に服さな 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事。
	年 月 日	
	住所	
	被保険者の	
	氏名	印
	住所	
	代理人の	
	氏名	印
振込希望の銀行	銀行	支店 ( 普通 当座 )

領収書	金 000000 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 