

決裁年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
支給額	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	資格取得	昭・平・令	年 月 日	
入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	資格喪失	令和	年 月 日	
		標準報酬月額	千円 (日額)	円	
		支払年月日	令和	年 月 日	

### 健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回目)

日本製紙健康保険組合 御中 令和 1 年 10 月 10 日提出

保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の 記号・番号	111 - 99999	被保険者の 氏名・印	日本 花子 (印)	
	被保険者の 住所	〒△△△-△△△△ ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●● 1-2-3		電話 番号	00-0000-0000
	被保険者の 勤務する 事業所	名称	日本製紙株式会社		
		所在地	東京都千代田区神田駿河台 4-6		
	分娩前 分娩後の別	・分娩前 ・分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定日	令和 1 年 7 月 10 日	
			分娩後に請求するときは分娩のあった日		
	分娩のため 休んだ 期間	自 令和 1 年 5 月 28 日 至 令和 1 年 9 月 4 日	日 数	100 日	
	上記の期間の報酬(賃金)の 全部または一部を受けたとき または受けるときはその 報酬額及び期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日 数	日間 円	
	入院して 分娩 をしたとき	産院または 病院名	日本病院	所在地	東京都台東区上野 1-1-1
入院した 期間 (日数)	自 令和 1 年 7 月 10 日 至 令和 1 年 7 月 16 日	7 日間	入院費用の別	自費・健保・その他	
	扶養者が いるときは その者の	氏 名	生 年 月 日	被保険との続柄	
支払希望 金融機関	※資格喪失後の申請のみ記入		口座番号	口座名義(カタカナ)	
備考	銀行	支店	普通 当座		

受付印

事 業 主 が 証 明 す る こ ろ	労働に服さなかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日 数	日間	
	出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください。				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			計
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			出勤
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			有給
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日 日
		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			月 日 支払 日額 円
うえの期間中 の分として報 酬を全額また は一部支給し た場合または する 場合	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			月 日 支払 日額 円	
	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			月 日 支払 日額 円	
	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			月 日 支払 日額 円	

現在までまた将来も支給しない場合はその旨

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

住所  
事業主  
氏名 印

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分娩 年 月 日	令和 年 月 日	分娩 年 月 日	令和 年 月 日
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常 異常	生産または 死産の別	生産 死産 (妊娠 ヶ月)
	入院して分娩 したときは その期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	出生児の数	単胎 多胎 (児)

入院費用別

健保・公費  
自費  
その他

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

住所  
氏名  
Tel  
印

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者 (申請者) 住所	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●● 1-2-3		
	氏名	日本 花子 (印)		
代理人 (事業主)	所在地 名称	印		
		委任者と代理人との関係		