受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日

支給支払決議書			
常務理事	事務長		係

支給額		円
支給内訳	出産手当金	
	出産手当附加金	
支給期間		年　月　日から 年　月　日まで　日間
標準報酬月額		千円（第　　級）

健康保険組合が記入します

資格	得	年　月　日
	失	年　月　日
前回	始	年　月　日
	終	年　月　日
支払年月日		年　月　日
不支給理由		

出産手当金請求書

（第　　回目）

令和　○○年　○○月　○○日

宝グループ健康保険組合理事長殿

被保険者　住所　京都市下京区×××町9-8-7
氏名　宝　松子　㊞

下記のとおり請求します。

被保険者等記号・番号	1000-1234	事業所	宝酒造株式会社	標準報酬	円 第　　級
分娩前の別 分娩後	分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と分娩のあった年月日		分娩予定日	○年　○月　○日
				分娩日	○年　○月　○日
分娩のため休んだ期間	令和　○年　○月　○日から 令和　○年　○月　○日まで			○○日間	
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られるときはその報酬額および期間	年　月　日から 年　月　日まで			日分 円	
振込希望の	銀行　支店（普通　）名義				

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年　月　日	分娩単胎 多	
	分娩予定年月日	年　月　日	分娩予定	（　　児）
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　　ヶ月）

上記のとおり相違あり

医師の証明をもらって下さい

年　月

住所
氏名　㊞

事業主証明	労務に服さなった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合　年　月　日から　年　月　日まで の分　金　円（日額　金　円）（月　日支払）
		一部支給の場合　年　月　日から　年　月　日まで の分　金　円（日額　金　円）（月　日支払）
		支給しない場合

会社が記入します

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業主　住所
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。 令和　○年　○月　○日	
	被保険者の	住所　京都市下京区×××町9-8-7 氏名　宝　松子　㊞
	代理人の	住所 氏名　㊞
振込希望の銀行名	銀行　支店（普通　）名義	

領収書	金　円也但し	
	上記の金額を領収いた	年　月　日
	宝グループ健	
	受領者	住所 氏名　㊞

記入不要