

支給決定決議書

標準報酬月額算定欄											
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
科目	出産手当金			給付実績等				常務理事	事務長	係	
金額	法定給付	円									
	合計	円									
資格記録	取得日	年	月	日					決定	年 月 日	
	喪失日	年	月	日							
支給期間	開始日	年	月	日	備考						
	終了日	年	月	日							

健康保険 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号		事業所の名称			
		番号		TEL			
	出産年月日	年 月 日	出産予定日	年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)	
	出産のため休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間					
	上記期間中に報酬を受けたとき	年 月 日 から 年 月 日まで 日間 円					
	資格喪失者	※退職者 (又は予定) の方のみ、記入してください。 (在職中の方は給与とあわせて給付されます)			退職 (予定) 日	年 月 日	
	振込先口座	銀行名		支店名		口座種別	普通 ・ 当座
		口座番号		口座名義			
	上記のとおり請求します。 在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 【現住所】 年 月 日 〒 - _____ 被保険者氏名 電通健康保険組合理事長 殿						
	備考						
医 師 ま た は 助 産 師 証 明 欄	出産者氏名		出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	出産年月日	年 月 日	生産または	1. 生産			
	出産予定日	年 月 日	死産の別	2. 死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します				年 月 日		
医療施設の所在地							
医療施設の名称							
医師・助産師の氏名		TEL					
事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間					
	※出勤簿の写しを添付のこと						
	上記期間中の報酬について		1. 全額または一部を支給した (する) 2. 現在までにも、又将来も支給しない				
	※貸金台帳の写しを添付のこと						
	上記期間中の報酬内訳	報酬の区分	支給期間	支給年月日	支給額		
		通勤手当	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	円		
			年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	円		
		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	円			
●貸金計算方法 (欠勤控除計算方法等) について記入してください。							
うえのとおり相違ないことを証明します。				年 月 日			
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名							