

| 支給決定決議書   |      |                   |  |   |  |   |  |      |  |       |  |
|-----------|------|-------------------|--|---|--|---|--|------|--|-------|--|
| 標準報酬月額算定欄 |      |                   |  |   |  |   |  |      |  |       |  |
| /         |      | /                 |  | / |  | / |  | /    |  | /     |  |
| 科目        |      | 出産手当金             |  |   |  |   |  | 常務理事 |  | 事務長   |  |
| 金額        | 法定給付 | ◎この欄には記入しないでください。 |  |   |  |   |  | 事務長  |  | 係     |  |
|           | 合計   | 円                 |  |   |  |   |  |      |  |       |  |
| 資格記録      | 取得日  | 年 月 日             |  |   |  |   |  |      |  |       |  |
|           | 喪失日  | 年 月 日             |  |   |  |   |  |      |  |       |  |
| 支給期間      | 開始日  | 年 月 日             |  |   |  |   |  | 決定   |  | 年 月 日 |  |
|           | 終了日  | 年 月 日             |  |   |  |   |  | 備考   |  |       |  |

健康保険 出産手当金請求書

|                                                                      |                                                                                 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------|--|-------|--|---------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                      | 被保険者等                                                                           |       | 記号                                                  |  | ××    |  | 事業所の名称                                                        |  | (株)×××××        |  |       |  |
|                                                                      |                                                                                 |       | 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                                                                      |       | 令和××年××月××日から 令和××年××月××日まで ××日間                    |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|                                                                      | 上記期間中に報酬を受けたとき                                                                  |       | 令和××年××月××日から 令和××年××月××日まで ××日間<br>××, ××× 円       |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|                                                                      | 資格喪失者<br>振込先口座                                                                  |       | ※退職者(又は予定)の方のみ、記入してください。<br>(在職中の方は給与とあわせて給付されます) 日 |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|                                                                      |                                                                                 |       | 銀行名                                                 |  | 支店    |  | 出産のため休んだ期間がすべて過ぎてから提出してください。出産のため休んだ期間がすべて過ぎた後の日付でないと受付できません。 |  |                 |  |       |  |
|                                                                      |                                                                                 |       | 口座番号                                                |  | 口座名   |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|                                                                      | 上記のとおり請求します。<br>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】<br>〒×××-×××× ×××× 書類の受け取りができる<br>住所を記入してください。 令和××年××月××日<br>被保険者氏名 電通 花子 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
| 備考                                                                   |                                                                                 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
| 医<br>師<br>ま<br>た<br>は<br>助<br>産<br>師<br>証<br>明<br>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                                                                           |       | この欄は医師又は助産師に記入してもらって下さい。                            |  |       |  | 死産(妊娠 週)                                                      |  |                 |  |       |  |
|                                                                      | うえ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<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名                                                |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  | 電話番号  |  |
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄                                           | 労務に服さなかった期間                                                                     |       | 令和 ×年 ×月 ×日 から 令和 ×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. 現在までも、又将来も支給しない              |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
|                                                                      | ※賃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  | 令和×年 ×月 ×日～ 令和×年 ×月 ×日                              |  |       |  | 令和×年 ×月 ×日                                                    |  | ××, ××× 円       |  |       |  |
|                                                                      |                                                                                 |       | 年 月 日～ 年 月 日                                        |  |       |  | 年 月 日                                                         |  | 円               |  |       |  |
| ●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。<br>通勤手当は×年×月×日～×年×月×日までの×××円を×月×日に精算 |                                                                                 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
| この欄は事業主に記入してもらって下さい。                                                 |                                                                                 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |
| うえのとおり相違ないことを証明します。<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名                      |                                                                                 |       |                                                     |  |       |  |                                                               |  |                 |  |       |  |