

出産手当金支給決定決議						
金額	円	取得日	年 月 日	決議年月日		
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	喪失日	年 月 日	年 月 日		
		標準報酬月額	年 月 日～	常务理事	事務長	担当者
			年 月 日 千円			
			年 月 日～			
			千円			

出産手当金請求書

平成〇〇年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号一番号	〇〇-〇〇〇〇〇	被保険者の氏名及び印	健保 花子 印	昭和〇〇年 〇月 〇日生
	被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇番地〇〇 (TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
	事業所名称	伊藤ハム株式会社			
	出産のため休んだ期間	平成〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇日間 平成〇〇年 〇月 〇日 まで			
	上記の期間中に報酬(賃金)を受けたときまたは受けられるときはその額、および期間	平成〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇日分 平成〇〇年 〇月 〇日 まで 〇〇, 〇〇〇 円			
	振込先(被保険者) ※ゆうちょ口座は不可	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンボ ハナコ 健保 花子

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から 日間	出勤	有休	( )
		年 月 日まで	日	日	日
	上記の期間中に支払う報酬関係	年 月 日から 日間	円 (月給・月給日給・日給・時給)		
		年 月 日まで			
備考					
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 印					

医 師 の 証 明 欄	出産予定年月日	年 月 日	出産	単胎 ( ) 児
	出産年月日	年 月 日	出産予定	多胎 ( ) 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 ヶ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医師 住所 氏名 電話番号			
印				

※ 出産手当金は、女子被保険者が出産のために労務につかなかった期間の生活の安定を図ることを目的とし、出産の日以前42日(多胎妊娠は98日)、出産の日が出産予定日より遅れた場合には出産予定日以前42日から出産の日後56日を限度として1日につき標準報酬月額の3分の2を支給します。但し、労務につかなかった期間に報酬の全部又は一部を受けるときは、その報酬額により出産手当金を調整(不支給又は減額)します。