

支 給 決 定 決 議 書																					
受 付 年 月 日		年		月		日		常務理事				担当者									
伺 年 月 日		年		月		日															
決 裁 年 月 日		年		月		日															
支 給 決 定 額						円															
支給内訳	出 産 手 当 金				円		日額		円		資 格 取 得 日		年		月		日				
	出産手当金付加金				円		日額		円		資 格 喪 失 日		年		月		日				
支 給 期 間		年		月		日 から		日間		全部・一部 不支給		期間		年		月		日 から		日間	
		年		月		日 まで		円						年		月		日 まで		円	
前 回 支 給 期 間		年		月		日 から						理由									
		年		月		日 まで															

健康保険 出産手当金（付加金）支給申請書 第 回 目

被保険者（分娩者）情報	記 号 ・ 番 号				被 保 険 者 日		昭和 平成		年		月		日							
	被 保 険 者 氏 名		(フリガナ)				備 考 欄		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類（マイナンバーカードの写等）が必要です。）											
	被 保 険 者 所 住 電 話 番 号		〒		-		Tel													
	事 業 所 名 称				事 業 所 所 在 地		〒		-											
	振 込 希 望 先 金 融 機 関 の		名 称		銀行				支店		預 金 別		普通							
			口 座 番 号				口座名義人（カタカナ）													
	出 産（分娩）予 定 年 月 日		令和		年		月		日		出 産（分娩）年 月 日		令和		年		月		日	
	出産のため休んだ期間（申請期間）		令和		年		月		日 から		令和		年		月		日 まで		日間	
	出産のために休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		☐ はい ☐ いいえ		その報酬額と、報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。		令和		年		月		日 から						円	
	出 生 児 の 数		☐ 単胎 ☐ 多胎（ 児）		出生児の氏名															

医師・助産師記入欄	被 保 険 者（分娩者）氏名																			
	出 産（分娩）予 定 年 月 日		令和		年		月		日		出 産（分娩）年 月 日		令和		年		月		日	
	出 生 児 の 数		☐ 単胎 ☐ 多胎（ 児）		生産または死産の別		☐ 生産 ☐ 死産（妊娠 週）													
	上記のとおり相違ありません。																			
	令和 年 月 日																			
医療施設等の所在地																				
医療施設等の名称																				
医師・助産師の氏名																				
Tel ()																				

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被 保 険 者 (分 娩 者) 氏 名																																		
	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																							
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。												出勤		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	計	日	日
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	日	日
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	日	日
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	日	日
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	日	日
上記の 期間中 支払う 報酬 関係	全額支給した場合、 または支給する場合	令和	年	月	日	から	の分として															円	日額												
		令和	年	月	日	まで	(月 日支払)															円													
	一部支給した場合、 または支給する場合	令和	年	月	日	から	の分として															円	日額												
		令和	年	月	日	まで	(月 日支払)															円													
	現在までもまた、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する。																														令和	年	月	日		
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主(代理人)氏名																																			
TEL ()																																			

給付金受取の委任状	委任状	私は、 令和 年 月 日 請求した出産手当金・出産手当金付加金のうち 円を受領に關すること。 令和 年 月 日			
		被保険者の 住 所 氏 名 住 所			
		代理人の フリガナ 氏 名			
		代 理 人 の 情 報 代 口 座 情 報 銀行 支店 (普通 当座 No.)			