

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	標準報酬月額1	千円	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額2	千円	決 済	年 月 日			
	支給開始日	年 月 日	標準報酬改定月	年 月	産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人)			
	支給期間	前回	年 月 日から 年 月 日まで	期間中の報酬等 控除額	(日額 円)	支給額	備考(控除理由など)		
今回		年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間						

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回) 1ページ目(全2ページ)

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ					年齢		被保険者等記号・番号			
	氏名					年齢		—			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			申請者住所	〒 —					
	日中の連絡先	()									
申請内容	産前産後の別	<input type="checkbox"/> 産前の申請 <input type="checkbox"/> 産後の申請		出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日				
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日～ 年 月 日				産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人)				
	※上記期間の分として報酬を受けましたか、受けた場合はその報酬の計算期間と金額										
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	令和 年 月 日～ 年 月 日				受けた報酬額					
振込先指定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他				本店支店	※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です				
	口座	番号(左詰め)				名義(カタカナで記入)					
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日									
	被委任者(代理人)	〒 — 電話 ()				住所 氏名					

／受付印日付＼

出産手当金請求書 2ページ目

事業主の証明	被保険者氏名																			添付書類	出勤簿の写し及び賃金台帳の写しを添付してください。											
	勤務状況【出勤は○】、【公休は△】、【有給の欠勤等は▽、無休の欠勤は／】をそれぞれ記入																															
	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
	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
	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
	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
	上記期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況																															
	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()															計算締日	日	支給日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月												
	支給した(する)賃金の内訳	単価	月分	月分	月分	月分	備考(計算方法等)																									
	基本給																															
	手当																															
	手当																															
	手当																															
計																																
上記の通り、事実と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																																
事業主氏名																																
電話番号 ()																																

医師・助産師証明欄	出産した者の氏名											出産予定日	令和	年	月	日
	産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(人)		<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		出産日	令和	年	月	日						
	上記の通り、事実と相違ないことを証明する										令和	年	月	日		
	医療機関所在地															
	医療機関名称															
	医師・助産師氏名															
電話番号 ()																