

記入例

※支給決議書	標準報酬月額1	千円	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	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 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	円	
	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	備考(控除理由など)			

※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 〇 年 〇 月 〇 日

申請者	フリガナ	ケンポ ハナコ		年齢	39	被保険者等記号・番号						
	氏名	健保 花子				5	0	1	—	1	0	1
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	60年 5月 30日	申請者住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1							
	日中の連絡先	0557(84)2431										
申請内容	産前産後の別	<input type="checkbox"/> 産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 産後の申請	出産予定日	令和 元年 6月 1日	出産日	令和 元年 6月 1日						
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 元年 5月 1日~ 元年 7月 27日	88日間	産児数	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	令和 元年 4月 21日~ 元年 5月 20日	受けた報酬額	2 0 0 0 0 0 円								
振込先指定	金融機関名	〇〇 銀行・信金 〇〇 本店		※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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)	名義(カタカナで記入)								
		1 1 1 0 0	ケンポ ハナコ									
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＼