

※支給支払決議書	常務理事	事務長	係		担当者
	支給額	円			
	支給期間	年	月	日から	日間
	前 回	始	年 月 日		
		終	年 月 日		

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
標準報酬月額平均	円
不支給理由	

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請  
する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認  
するための添付書類が必要です。)

出産手当金請求書

(第 回目)

備考欄

キクチ健康保険組合 殿					〒 年 月 日	
被保険者					住 所	
下 記 の 通 り 請 求 し ま す 。					氏 名	
被保険者等 記号・番号	—	事業所の名称		標準報酬月額	千円	
分娩前 分娩後	の別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と分娩のあった年月日			分娩予定日	年 月 日
					分 娩 日	年 月 日
分娩のため休ん だ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間					
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一 部を受けたとき、または受けられるときはそ の報酬額及び期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日 分 円				
振込希望の 金融機関	銀行・信金		支店	普通 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)
医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩年月日	年 月 日		分娩	単 胎 ( 児 )	
	分娩予定年月日	年 月 日		分娩予定	多 胎	
	正常分娩または 異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産または 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)		
	う え の と お り 相 違 あ り ま せ ん 。					
		年 月 日		住 所		
		(職名 )		氏 名		

事 業 主 証 明	労務に服さなかった 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間					
	うえの期間中の 分として支払う 報酬関係	全額支給 の場合	年 月 日から		の分	金 ( 月 日支払 )	円 日 額 円
		一部支給 の場合	年 月 日から		の分	金 ( 月 日支払 )	円 日 額 円
		支給しない 場合					
	う え の と お り 相 違 い こ と を 証 明 し ま す 。						
		年 月 日		住 所			
		事業主		氏 名			

委 任 状	私は 年 月 日 請求した出産手当金・出産手当付加金のうち金 円也の受領に関すること。					
	年 月 日					
	住所 被保険者の 氏名					
	住所 代理人の 氏名					

振込希望の 金融機関	銀行・信金	支店	普通 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入)
---------------	-------	----	----------	------	-------------------