

※ 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 年	月 月	日から 日まで
	前回	始 終	年 年	月 月

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。)

備考欄

## 出産手当金請求書 (第 回目)

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 分娩日	年 月 日
分娩のため休ん だ期間		年 年 月 月 日 日	から 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 年 月 月 日 日	から 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 分娩予定年月日	年 年 月 月 日 日	分娩 分娩予定	单胎 多	( 児)
	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 (職名) 住 所 氏名				
事業 主 証 明	労務に服さなかつた 期間	年 年 月 月 日 日	から 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 年 月 月 日 日 から の分	金 ( 月 日支払)	円 日 額 金 円
		一部支給 の場合	年 年 月 月 日 日 から の分	金 ( 月 日支払)	円 日 額 金 円
		支給しない 場合			
	うえのとおり相違な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)