

出 産 手 当 金 支 給 決 定 決 議						
支 給 額	円		資 格 取得日	年 月 日	決 議 年 月 日	
支 給 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日	資 格 喪失日	年 月 日	年 月 日	
			標準報酬月額	年 月 日～	常務理事	事務長
				年 月 日 千円		
				年 月 日～		
				千円		

出 産 手 当 金 請 求 書

〇〇〇〇 年 〇月 〇日提出

被 保 険 者 記 入 欄	社 員 番 号	〇〇〇〇〇〇〇		被保険者氏名	健保 花子	
	被保険者証記号一番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇				
	被 保 険 者 の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇〇-〇〇				TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	出 産 の た め 休 ん だ 期 間	R 〇 年 〇 月 〇 日 ～ R 〇 年 〇 月 〇 日				
	上記の期間中に報酬を受けた期間、及び金額	R 〇 年 〇 月 〇 日 ～ R 〇 年 〇 月 〇 日 〇〇, 〇〇〇 円				
	振 込 先 (被 保 険 者)	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義人 (フリガナ)
	△△△△銀行	△△△△支店	普通預金	△△△△△△△	ケンポ ハナコ 健保 花子	

事業主の証明欄	労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
	上 記 の 期 間 中 に 報 酬 を 受 け た 期 間	年 月 日～ 年 月 日	
	※勤怠及び報酬等については、添付の勤務状況一覧表及び賃金台帳等をご確認ください。		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		

医 師 の 証 明 欄	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日		出 産 単 胎 (児) 出 産 予 定 多
	出 産 年 月 日	年 月 日		
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 また は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ 月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	医療機関所在地 医療機関名称 担 当 医 師 名 電話番号			

※ 出産手当金は、女子被保険者が出産のために労務につかなかった期間の生活の安定を図ることを目的とし、出産の日以前42日（多胎妊娠は98日）、出産の日が出産予定日より遅れた場合には出産予定日以前42日から出産の日後56日を限度として1日につき標準報酬月額の3分の2を支給します。

但し、労務につかなかった期間に報酬の全部又は一部を受けるときは、その報酬額により出産手当金を調整（不支給又は減額）します。