



受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

支給額	円
支給 出産手当金	円
内訳 出産手当附加金	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬 月額	円(第 級)

出産手当金・出産手当附加金請求書 (第 回目)

年 月 日
 デサント健康保険組合理事長殿
 住所
 被保険者 氏名
 下記のとおり請求します。

被保険者の 記号・番号	事業所 の名称	標準報酬 等級月額	円 第 級
----------------	------------	--------------	----------

分娩前の 分娩後の 別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日	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 その報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで 円	日分
---	-------------------------	----

振込希望の銀行
又は郵便局名 銀行 支店 (普通 当座) 郵便局

振込希望の銀行
又は郵便局名 銀行 支店 (普通 当座) 郵便局

医師 または 助産師 の 意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多胎 (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
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 円 (日 額) (月 日支払) (金 円)
		一部支給 の場合	年 月 日から の分 金 円 (日 額) (月 日支払) (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 事業主 住所 氏名			

委任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	金	年 月 日請求した出産手当金・出産手当附加金のうち 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名
	振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座) 郵便局

領 収 書	金	円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 デサント健康保険組合理事長殿 住所 受領者 住所 氏名
-------------	---	--