



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 始	年 月 日		
回 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)

デサント健康保険組合理事長殿				年 月 日
被保険者		住所		
氏名		氏名		
下記のとおり請求します。				
被保険者証の 記号・番号	事業所の 名称	標準報酬 等級月額	円 第 級	
分娩前の別 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	
分娩のため 休んだ期間	年 月 日から	日 間	年 月 日まで	
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	日 分	年 月 日まで	
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 (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			
住所			
(職名)			
氏名			

事業主証明	勤務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで 日間 の分 (月 日支払) 金 円 (日 額)
	一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで 日間 の分 (月 日支払) 金 円 (日 額)
	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	住所 氏名
代理人の住所 氏名	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		住所
受領者		氏名