

支 給 額	円		
支 給	出 産 手 当 金	円	
内 訳		円	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで		
標準報酬 月 額	円（第 級）		

支 給 決 定 決 議 書			
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		
支 払 年 月 日	年 月 日		

出産手当金請求書

科研製薬健康保険組合理事長 殿						年 月 日	
被保険者						住 所	
氏 名						⑩	
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 後 の 別				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 全額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 日分 円						
振込機望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店	普通 当座			

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日		分 娩 単			
	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	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)			
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩						

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	金 円	(月 日支払)		日 額
		一部支給 の場合	年 月 日から	金 円	(月 日支払)		日 額
			年 月 日まで	(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 住 所 事業主 氏 名 							