

支給額	円
支給内訳	出産手当金 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		令和 00年00月00日	
被保険者		住所 〇〇県〇〇市〇〇〇—△△△	
氏名 科研 太郎		科印研	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の 記号・番号	10-0000	事業所の 名称	科研製薬株式会社
		標準報酬 等級月額	000千円 第00級
分娩前 分娩後	分娩後	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 令和 00年00月00日 分娩日 令和 00年00月00日
分娩のため 休んだ期間	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	00 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	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	00 日分	
		0000000 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	令和 00年 00月 00日	分娩	単胎
	分娩予定年月日	令和 00年 00月 00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。 令和 00年 00月 00日 医療施設の名称・所在地 〇〇産科医院 医師・助産師名 医師 太郎 印			

事業主証明	労務に服さな かった期間	令和 00年 00月 00日 から 令和 00年 00月 00日 まで	00 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 の分 (月 日支払) 日 額 金 円
	一部支給 の場合	令和 00年 00月 00日から 令和 00年 00月 00日まで	金 0000 円 の分 (〇〇月〇〇日支払) 日 額 0000 金 円
	支給しない 場合		
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 00年 00月 00日</p> <p>住 所 〇〇県〇〇市〇〇〇—△△△</p> <p>事業主 氏 名 〇〇〇〇</p> <div style="text-align: right;"> </div>			

