

支払決議書	決定伺い	平成	年	月	日	送金番号	第	号	常務理事	
	資格	取得	年	月	日	支給額	円	事務局長		
		喪失	年	月	日					
	前回	始	年	月	日				支給期間	年
		終	年	月	日	被扶養者	有・無	標準報酬	千円	經理
	分娩日	年	月	日	入院期間	年	月	日から	日間	係
		年	月	日まで	該当条文	51③(46), 55の2, 57, 58, 59			日額	
58条関係	月	日から	日間	円(1日当たり)	日額	円 × × 日 = 円	日額	円 × 10% × 日 = 円		

健康保険 出産手当金 請求書 (第 1 回目)

出産手当附加金

被保険者の記入欄	健康保険被 保険者証の	記号 001 番号 603 号	住所	(郵便番号 424-0826) 静岡市清水区万世町1-0	
	事業所の 名称	鈴与株式会社		氏名	山田 花子 ◎㊞
	分娩の ために休 んだ期間	平成 19年 4月 1日から 平成 19年 9月 30日まで	日間	分娩年月日	平成 19年 7月 1日
				分娩予定年月日	平成 19年 7月 3日
振込み希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店	普通 当座	郵便局

事業主の証明欄	本人の給与 種別	※月給・日給月給・日給・その他	職種	標準報酬 月額	千円
	労務に服さな かった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	左の期間を対象に報酬支払 した(する)ことの有無	※ 有・無
	上記の期間分として支給した(する)報酬の内訳			事業主の住所(所在地) 氏名(名称)と印	
	※基本給, 有給 出勤	月 日 ~ 月 日 日, 日, 日, 日, 日	日間	円	◎
	手当		円		
	手当		円		
	手当		円		
上記の証明は裏面に記載のとおり			電話	< > ()	番

医師または助産婦の意見	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	生産・死産 (妊婦 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			
<p>年 月 日</p> <p>※必ず医師の証明書が必要となります。</p> <p>住所</p> <p>(職名)</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">◎</p>				