

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			
常務理事	事務長		担当
資格取得		年	月
資格喪失		年	月
前回	始	年	月
	終	年	月
支払年月日		年	月
不支給理由			

支給額	円
支給内訳	円
出産手当金	円
出産手当付加金	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 請求書 (第 回)

令和 元 年 7 月 10 日

サンスター 健康保険組合理事長 殿

分娩日が予定日以前の場合：分娩日以前 42 日、分娩日後 56 日
 分娩日が予定日以後の場合：予定日以前 42 日、分娩日後 56 日

住所 〒 ***-*** 大阪府高槻市●●町 3-5
 氏名 明田 良子

下記のとおりに請求します。また、在 所属する事業所を代理人と定め、出産手当金の受領を委任します。

被保険者証の 記号・番号	21 - 33333	事業所 の名称	サンスター技研 (株)	標準報酬 等級月額	円 第 級
分娩前 分娩後の別	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 と出産のあった年月日	分娩予定日 令和 元 年 5 月 3 日 分娩日 令和 元 年 5 月 2 日		
分娩のため 休んだ期間	平成 31 年 3 月 22 日から 令和 元 年 6 月 27 日まで		98 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	期間中、報酬を受けた場合は記入し、2 枚目の事業主欄に証明してもらって下さい			日分	
振込希望の銀行 (※退職者以外は不要)	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出産の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり	医師または助産師の記入欄		
	令和 年 月 日	住所		
	(部署名)	氏名	印	

事業主証明欄	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 (月 日支払)	円 日 額 金 円
		一部支 給の場合	事業主の記入欄	円 日 額 日支払) 金 円
		支給し ない場合		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>				