

支給決定並支出伺	常務理事	部長	課長	主任	係	所属	
						記番号	
	支給期間				支給決定額		
	自令和年 月 日 日間 至令和年 月 日						
	資格関係 照合済	年 月 日 取得 年 月 日 喪失	標準報酬 月額	千円	備考		

出 産 手 当 金 請 求 書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号		被保険者名		生年 月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者住所	〒					
	事業所の名称						
	分娩した日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日			
	分娩のため休んだ期間	令 年 月 日 から	令 年 月 日 まで	日間			
	上記期間の報酬(賃金)の全部又は一部を受けた、または受けられるとき、その期間および報酬額	令 年 月 日 から 令 年 月 日 まで 日間 円					
	上記のとおり請求します。 尚、この給付金の受領を保険給付金受領被委任者へ委任します。 令和 年 月 日 被保険者名 鴻池健康保険組合理事長殿						

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
	上 記 期 間 中 に 支 払 う 報 酬 関 係	全額支給した、 又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金	円 (日額 円)		
		一部支給した、 又は支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金	円 (日額 円)		
		支給しない場合 (理由等)					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主 名称						

医 師 又 は 助 産 婦 の 意 見	分娩年月日	令和 年 月 日 分娩 (単 胎 ・ 多 胎 児)					
	分娩予定年月日	令和 年 月 日 分娩予定 (単 胎 ・ 多 胎 児)					
	分娩後のときは 正常分娩・異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産・死産の別	生産・死産 (妊 娠 ヲ月)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師又は助産婦 氏 名 職 名 () 氏 名						