

支給決定決議書

決裁印	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年 月 日					
	支給額	円					
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	資	得	年 月 日			
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2) = 円	格	喪	年 月 日			
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2) = 円	法第55条		標準報酬日額			
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2) = 円	該当有無					円
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2) = 円	出産日		年 月 日			
備考<控除額他>							

出産手当金請求書

コピー不可

年 月 日請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	被保険者の氏名		印
	被保険者の現住所	〒		
	事業所の名称	電話番号		千円
	出産した年月日	(和暦) 年 月 日	出産した時の標準報酬月額	
	出産予定年月日	(和暦) 年 月 日	死産のときはその旨	
	入院して出産したときはその病・産院の	名称	妊娠経過期間	妊娠 ヶ月・週
		所在地	〒	
	出産のため休んだ期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
振込希望の金融機関	銀行	支店 (普通・当座)		
	口座番号:	口座名義:		
医師または助産婦が意見をかくところ	出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月・週)
	出産予定年月日	年 月 日	正常分娩・異常分娩の別	正常 ・ 異常
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。			
	医療施設の所在地	〒	令和 年 月 日	電話番号
	名称	印		
	医師・助産婦名			
事業主が証明するところ	労務に服さなかつた期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	上記期間中の分として支払う報酬関係	* ①は有給休暇等で休んだ期間等も証明してください * ②は通勤手当・住宅手当等一部支給有の場合等も証明してください		
	① 全額支給した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	② 一部支給した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	③ 支給しない期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
上記のとおり相違ないことを証明する。				
	事業主 住所	令和 年 月 日		
	氏名	印	電話番号	
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。			
	被保険者のマイナンバー記載欄			
領収書	金 円也領収いたしました。		受付日付印	
	令和 年 月 日			
	SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿			
	氏名	印		