

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 格	得 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	1 XXXXX	被保険者の氏名	健康 華子	健康
	被保険者の現住所	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇1-1-1		電話番号	
	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社		出産した時の標準報酬月額	〇〇〇 千円
	出産した年月日	(和暦) ●● XX 年 X 月 X 日	死産のときは		
	出産予定年月日	(和暦) ●● XX 年 X 月 X 日	その旨		
	入院して出産したとき	名称	〇〇〇総合病院	妊娠経過期間	妊娠 ヶ月・週
	はその病・産院の	所在地	〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇1-1-1		
	出産のため休んだ期間	●● XX 年 X 月 1 日 ～ ●● XX 年 X 月 26 日 26 日間			
振込希望の金融機関	〇〇〇〇 銀行 △△△△ 支店 (普通・当座) 口座番号: XXXXXXXXXX 口座名義: ケンコーハナコ				
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。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 〒 名称 電話番号 医師・助産婦名 印				
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 日分間			
	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。 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			受付日付印	