

支給額			円
支給内訳	出産手当金		円
	出産手当付加金		円
支給期間	年 月 日から		日間
	年 月 日まで		
標準報酬月額	円 (第 級)		

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			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

## 出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回日)

セメント商工健康保険組合理事長 殿		年 月 日
	被保険者	住所 <b>東京都渋谷区渋谷〇〇〇</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">渋谷</span>
請求の時点での分娩前か、分娩後か	氏名 <b>渋谷 花子</b>	印
下記 とおり請求します。		
被保険者証の記号・番号	<b>9999-9999</b>	事業所の名称 <b>〇〇〇〇セメント株式会社</b> 標準報酬等級月額 <b>280千円</b> 第 級
分娩前の別	分娩前に請求するときは分娩予年月日	分娩予定日 年 月 日
分娩後の別	分娩後に請求するときは分娩予年月日と分娩のあった日	分娩日 年 月 日
分娩のため休んだ期間	<b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から <b>24</b> 年 <b>7</b> 月 <b>7</b> 日 まで	<b>98</b> 日間
うへの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたはうけられるときはその報酬額および期間	<b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 から <b>24</b> 年 <b>4</b> 月 <b>20</b> 日 まで	<b>20</b> 日分
	<b>20,000</b> 円	
振込み希望の銀行	(普通 ) 銀行 支店 (当座 )	

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 (妊娠 ヶ月)
上のとおり相違ありません。			
	年 月 日		
	(職名 )	住所	
		氏名	印

医師または助産婦の証明

事業主証明	労務に服さな 24 年 4 月 1 日 から 98 日間 かった期間 24 年 7 月 7 日 まで		
	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 円 ( 日 額 ) 年 月 日 まで ( 月 日 支払 ) ( 金 円 )
		一部支給 の場合	24 年 4 月 1 日 から の分 金 20,000 円 ( 日 額 ) 24 年 4 月 20 日 まで ( 4 月 30 日 支払 ) ( 金 円 )
		支給しな い場合	
うえのとおり相違ないことを証明いたします。 年 月 日			
事業主の証明			
住所 事業主 氏名			
印			

委任状	私は 年 月 日 を代理人と定め、次の権限を委任する。 金 円 請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 円也の受領に関すること。	
	年 月 日 住所〒 被保険者の 氏名	東京都渋谷区渋谷〇〇〇 渋谷 花子
	住所〒 代理人の 氏名	渋谷 花子 印
振込希望 の銀行	銀行 支店 ( 普通 当座 )	印

組合届出の受領責任者の氏名

組合届出の受領責任者の印鑑をお願いします。

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 セメント商工健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名	
	ここは不要です。	
	印	