

支給決定伺				支給決定 令和 年 月 日	
常務理事	事務長	担当	支給決定額	算出基礎	
			円	(日額 円×2/3× 日) 円	
			平均標準報酬月額 円 (日額 円)		
資格取得	昭和 平成 年 月 日 令和	支給期間	平成 令和 年 月 日から	日間	
資格喪失	令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日まで		

## 出産手当金請求書

《注》この請求書は、所属会社の人事・総務にご提出ください。(健保組合に直接送付しないでください)

被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏名				
被保険者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	事業所名称				
資格取得 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和	資格喪失 年月日	平成 令和 年 月 日			
出産予定日	平成 令和 年 月 日	出産日	平成 令和 年 月 日			
出産のために 休んだ期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	出産のために休んだ期間中に 報酬を受けましたか。 または受ける予定ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
上記で「はい」と回答した場合 報酬額と支払の基礎となった 期間を記入してください	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	円				
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり請求いたします。</p> <p style="text-align: center;">三井住友海上健康保険組合 御中</p> <p style="text-align: center;">〒.....-..... 電話.....(.....)</p> <p style="text-align: center;">住 所.....</p> <p style="text-align: center;">氏 名.....</p>						
振込 指定 口座	銀 行	支 店	普 ・ 当	口座番号	フリガナ	口座区分
					名義	被保険者 代理人

\*被保険者の振込先は給与振り込み口座です

振込先が代理人の場合は委任状を必ず記入してください

被保険者氏名	
--------	--

事業主の証明			
出産のために 休んだ期間	平成・令和 平成・令和	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
上記期間中の 報酬額 (該当に○印)	イ. 全額支給	平成 令和	金額 円
	ロ. 一部支給	平成 令和	
	ハ. 支給しない	平成・令和	年 月 日 より無給
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 事業主または代理人 氏 名</p>			

医師または助産師の証明			
分娩年月日	平成・令和 年 月 日	単胎または 多胎の別	単胎 多胎 ( 児)
分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日		生産または 死産の別
正常分娩または 異常分娩の別	正 常 ・ 異 常		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の 所在地 電話 ( ) 名 称 住 所 電話 ( ) 医師または助産師の 氏 名</p>			

委 任 状	私は_____を代理人と定め、次の権限を委任します。		
	令和 年 月 日	付請求いたしました出産手当金のうち 円の受領に関すること。	
	被保険者	住 所 被保険者(請求者)の住所と同じ	令和 年 月 日
		氏 名	印 押印省略不可
		住 所 代理人 (口座名義人) 氏 名 被保険者との関係	印