

出産手当金支給決定決議書

健保組合記入欄	起案	・ ・			常務理事	事務長	担当者
	支給額	円 令和 年 月 日 出産					
	支給間	・ ・ ・ ～ ・ ・ ・ 日間			不支給 期間		資格取得日 資格喪失日

健康保険 出産手当金支給申請書

健則第62条

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所の名称		
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	出生児の氏名			出産年月日	令和 年 月 日
	出産のため仕事を 休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日 ~	年 月 日 日間		
	出産のため仕事を 休んだ期間中に 報酬を受けた時は その期間及び金額	令和 年 月 日 ~	年 月 日 日間		
		金 円	給与の種類	日給 ・ 月給 ・ その他	
	振込先銀行名	銀行		支店	普通
		口座番号		(フリガナ) 口座名義人	
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 氏名 (印) カゴメ健康保険組合 殿				

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~	年間	左記のとおり相違ないことを証明する。 事業所所在地・名称・事業主の氏名 (印)
	上記期間中に報酬を支給した場合又支給する場合は期間金額	令和 年 月 日 ~	年間	
	金額	円		

医師又は助産婦が意見を書く欄	出産日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常分娩又は異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	正 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月)
	出生児の数	単 児 ・ 多 胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師(助産師)の氏名 (印) TEL ()			