

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					
	支給期間	・ ・ ・ ～ ・ ・ ・ 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

被保険者が記入する欄	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 額	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 月 日 日間		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 月 日 日間		
	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 ( )			