

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			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
前回	始	年	月
	終	年	月
支払年月日	年	月	日
不支給理由			

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

出産手当金請求書 (第 回)

年 月 日			
日清オイリオグループ健康保険組合理事長 殿			
被保険者		住所	
氏名		印	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の記号・番号		事業所の名称	標準報酬等級月額 円 第 級
出産前 出産後の別		出産前に請求するときは出産予定年月日	出産予定日 年 月 日
		出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産日 年 月 日
出産のため 休んだ期間		年 月 日から 年 月 日まで	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受けられるときはその報酬額および期間		年 月 日から 年 月 日まで	日分
振込希望の銀行		銀行 支店(普通当座)	

医師または助産師の意見	出産年月日	年 月 日	出産単胎 ( 児)	
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定多胎 ( 児)	
	正常出産または異常出産の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	うへのとおり相違ありません。			
年 月 日				
(職名) 住所 氏名 印				

事業主証明	労務に服さな かった期間		年	月	日から	日間	
	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 ( 月 日支払) 円 日 額 円
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金 ( 月 日支払) 円 日 額 円
		支給しない 場合					
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 住所 氏名 印</p>							