

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				

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 年 月 日まで	日間
標準報酬月額	円(第 級)	

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回目)

年 月 日			
東プレ健康保険組合理事長 殿			
被保険者		住所 氏名 _____	
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
分娩前 分娩後の別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と出産のあった年月日	分娩予定日	年 月 日
分娩のため 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	分娩日	年 月 日
うえの期間の報酬(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 円	
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	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎 分娩予定多胎 (児)	
	分娩予定年月日	年 月 日		
	正常分娩または 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)
	うえ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	労働に服さな 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	<table border="1"> <tr> <td>全額支給の場合</td> <td>年 月 日から 月 日</td> <td>金 (月 日支払) 円 日金 額円</td> </tr> <tr> <td>一部支給の場合</td> <td>年 月 日から 月 日</td> <td>金 (月 日支払) 円 日金 額円</td> </tr> <tr> <td>支給しない場合</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	全額支給の場合	年 月 日から 月 日	金 (月 日支払) 円 日金 額円	一部支給の場合	年 月 日から 月 日	金 (月 日支払) 円 日金 額円	支給しない場合		
	全額支給の場合	年 月 日から 月 日	金 (月 日支払) 円 日金 額円								
	一部支給の場合	年 月 日から 月 日	金 (月 日支払) 円 日金 額円								
支給しない場合											
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日											
住所 事業主 氏名											

委任状	私は 年 月 日請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 年 月 日 円也の受領に関すること。 を代理人と定め、次の権限を委任する。
	<p>住所 被保険者の 氏名</p> <p>住所 代理人の 氏名</p>
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通当座)

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 東プレ健康保険組合理事長 殿
	住所 受領者 氏名