

※この欄は記入しないでください。 支給決議書	同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者	
	支給額	百 十 万 千 百 十 円					
	支給期間	年 月 日 日間 年 月 日	支給内訳	法定 円× 日＝ 円 円× 日＝ 円			
	出産日	平成 年 月 日	一 部 不 支 給	期 間	年 月 日 日間		
	出産予定日	平成 年 月 日			年 月 日 日間		
	標準報酬月額	月 千円 月 千円	理 由	1 支給期間満了のため(年 月 日満了) 2 有給のため 3 支給済みのため 4 労務不能と認められないため 5 給料の一部を受けているため 6			
	資格	取得 年 月 日 喪失 年 月 日					

出産手当金請求書

第 回

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号 番号		②被保険者 氏名	③生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	④現住所	〒 - 電話 ()			
	⑤被保険者の勤務する (していた)事業所	名称	所在地	〒 - 電話 ()	
	⑥請求期間の区分	出産前 ・ 出産後 ・ 出産前後			
	⑦出産日 (請求期間の区分が出産前の 場合は出産予定日)	平成 年 月 日	⑧左記の欄の区分	1. 実出産日 (出産予定日 平成 年 月 日) 2. 出産予定日	
	⑨出産のため休んだ期間 (請求期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	⑩うえの期間分の報酬	うけた ・ うけられない ・ うけられるがうけていない			
	⑪出産のため入院した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間		
	⑫出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	⑬受取金融機関	銀行名	支店名	口座番号	口座名義人
		銀行 信金 信組 農協	本店 支店	普通 ・ 当座	(フリガナ)

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日 提出

支払済印

受付印

【注意事項】1. 初回請求分には貸金台帳と出勤簿の写を添付してください。

2. 必要に応じて「添付書類」をお願いする場合があります。

千葉県自動車販売整備健康保険組合

④ 労務に服さなかつた日について (出勤していない日 を○で囲む)	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	合計 日間		
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
⑤ うえの労務に服さなかつた日について、報酬を支払ったときはその内訳				
支給期間		種類	支給額	1日あたりの額
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分	基本給	円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分	役付手当	円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分	家族手当	円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分	通勤手当	円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分		円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分		円	円	
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日分	合計	円	円	
⑥ 被保険者の業務の内容		⑦ 被保険者の給与形態	・月給 ・日給月給 ・日給 ・その他 ()	日 締切 日 支払
上記のとおり相違ないことを証明します。				
平成 年 月 日				
⑧ 事業所所在地				
⑨ 事業所名称				
⑩ 事業主氏名				
⑪ 電話 ()				

医 師 又 は 助 産 師 が 書 く と こ ろ	⑦ 出産年月日	平成 年 月 日	⑧ 出産予定年月日	平成 年 月 日
	⑨ 正常出産、又は異常 出産の別	正常出産 ・ 異常出産	⑩ 生産、又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヲ月)
	⑪ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		
	⑫ 出産のため入院した 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間	⑬左記に期間のうち健 康保健又は公費で入院 した期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間
	上記のとおり相違ありません。			
	平成 年 月 日			
	⑭ 医療機関の所在地	⑮ 医療機関の名称		
⑯ 医師の氏名または 助産師の氏名				
⑰ 電話 ()				

※ 病院名や所在地については、ゴム印にて押印ください。