

支給決議書 ※この欄は記入しないでください。	同年月日	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 法第108条	円× 日＝ 円 円× 日＝ 円			
	出産日	年 月 日	一部不支給理由 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	期間	年 月 日 日間 年 月 日		
	出産予定日	年 月 日					
	標準報酬月額	月 千円 月 千円					
	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 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)	年 月 日	⑧ 左記の欄の区分	1. 実出産日 (出産予定日 年 月 日) 2. 出産予定日	
	⑨ 出産のため休んだ期間 (請求期間)	年 月 日 から 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	年 月 日 から 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)

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

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
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	基本給	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	役付手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	家族手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	通勤手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分		円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分		円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	合計	円	円	
⑥ 労務に服さなかつた日について報酬を支払わない場合はその旨と理由				
⑦ 被保険者の業務の内容	⑧ 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。				
年 月 日				
⑨ 事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電 話 ()				

医師又は助産師が書くところ	① 出産年月日	年 月 日	② 出産予定年月日	年 月 日
	③ 正常出産、又は異常 出産の別	正常出産 ・ 異常出産	④ 生産、又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 カ月)
	⑤ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		
	⑥ 出産のため入院した 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	⑦ 左記に期間のうち健康 保健又は公費で入院 した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
	上記のとおり相違ありません。			
	年 月 日			
	⑧ 医療機関の所在地	医療機関の名称		
医師の氏名または助産師の氏名				
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。