

支給決定決議書								
決裁印	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合	
	支払年月日	年 月 日						
	支給額	円						
支給期間	年 月 日	～	年 月 日	日間	資格	得喪	年 月 日	
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2)=	円			法第55条	標準報酬日額	年 月 日	
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2)=	円			該当有無			円
/ ~ /	日間×(円(日額)×3分の2)=	円			出産日		年 月 日	
備考<控除額他>								

出産手当金請求書

コピー不可

年 月 日請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	1 XXXXX	被保険者の氏名	健康 華子	<input checked="" type="radio"/> 健康	
	被保険者の現住所	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇1-1-1		電話番号	〇〇〇-△△△△-〇〇〇	
	事業所の名称	〇〇〇〇株式会社		出産した時の標準報酬月額	〇〇〇 千円	
	出産した年月日	(和暦) ●● XX 年 X 月 X 日	死産のときは			
	出産予定年月日	(和暦) ●● XX 年 X 月 X 日	その旨			
	出生児の氏名	wareki ケンコウ タロウ 健康 太郎	被保険者と出生児の関係	長男	出生児の性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女
	入院して出産したときはその病・産院の	名称	〇〇〇総合病院	妊娠経過期間	妊娠	ヶ月・週
		所在地	〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇1-1-1			
	出産のため休んだ期間	●● XX 年 X 月 1 日 ~ ●● XX 年 X 月 26 日 26 日間				
	振込希望の金融機関	〇〇〇〇 銀行 △△△△ 支店 (普通・当座) 口座番号: XXXXXXXXX 口座名義: ケンコウ ハナコ				
医師または助産婦が意見をかくところ	出産した年月日	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月・週)		
	出産予定年月日	年 月 日	正常分娩・異常分娩の別	正常 ・ 異常		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	備考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
事業主が証明するところ	医療施設の所在地	〒	名称			電話番号
	医師・助産婦名	印				
	労務に服さな かった期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
	上記期間中の分として支払う報酬関係	* ①は有給休暇等で休んだ期間等も証明してください * ②は通勤手当・住宅手当等一部支給有の場合等も証明してください				
	① 全額支給した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間				
② 一部支給した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日分間					
③ 支給しない期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
上記のとおり相違ないことを証明する。 事業主 住所 令和 年 月 日 氏名 印 電話番号						
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 被保険者のマイナンバー記載欄					

領収書	金 円也領収いたしました。	令和 年 月 日
	SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合理事長 殿	印 電話番号
	氏名	印
		受付日付印