

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	標準報酬月額	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			被保険者の氏名			印
	被保険者の現住所	〒		電話番号			
	事業所の名称			出産した時の標準報酬月額			千円
	出産した年月日	(和暦)	年 月 日	死産のときは			
	出産予定年月日	(和暦)	年 月 日	その旨			
	出生児の氏名	フリガナ		被保険者と出生児の関係		出生児の性別	男・女
	入院して出産したとき	名称			妊娠経過期間	妊娠	ヶ月・週
	はその病・産院の	所在地	〒				
	出産のため休んだ期間			年 月 日	～	年 月 日	日間
	振込希望の金融機関	口座番号:	銀行		支店 (普通・当座)		
			口座名義:				
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						
	医療施設の所在地	〒			電話番号		
	名称						
	医師・助産婦名					印	
事業主が証明するところ	労務に服さなかつた期間			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 日分間金	
	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。			受付日付印			
	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 氏名 印						