

支給決定議書							
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			
/～/	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	被保険者等の記号と番号	1 XXXXX	被保険者の氏名	健康 華子	離康	
	被保険者の現住所	〒 XXX-XXXX 東京都○○区○○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		
	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○○区○○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: XXXXXXXXXX 口座名義: ケンヨウハナコ				
意見をかくところ 医師または助産婦が	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	〒					
名称					電話番号	
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			
	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。 令和 年月日						
事業主住所					印 電話番号	
氏名					印	
備考	被保険者等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 円也領收回いたしました。 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 氏名			受付日付印		