

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				年 月 日	
/ ~ /	日間×( 円(日額)×3分の2)=	円	法 第 55 条 該当有無	標準報酬日額			円
/ ~ /	日間×( 円(日額)×3分の2)=	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	.....	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 その旨				
	出産予定年月日	(和暦)	年 月 日					
	入院して出産したときはその病・産院の	名 称				妊娠経過期間	妊娠 ケ月・週	
	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	銀行 支店 (普通・当座) 口座番号: 口座名義:						
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 ケ月・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	单胎 ・ 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								
医師・助産婦名	印	電話番号						
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			