

支給額			円
支給内訳	出産手当金		円
	出産手当付加金		円
支給期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
標準報酬月額			円(第 級)

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給支払決議書	
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
前回	始 年 月 日
	終 年 月 日
	支払年月日 年 月 日
	不支給理由

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回目)

年 月 日

アルファ健康保険組合理事長殿

被保険者 住所
氏名

印

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号		事務所の 名称		標準報酬 等級月額	円
				第 級	
分娩前 の別		分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日	年 月 日	
分娩後			分娩日	年 月 日	
分娩のため 休んだ期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
うえの期間の報酬(賃金)の 全部または一部を受けたとき または受けられるときはその 報酬額および期間		年 月 日から 年 月 日まで		日分	
				円	
振込希望の銀行 又は郵便局名		銀行 支店 (普通 当座)			郵便局

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多 (児)
	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別
			生産・死産 (妊娠 ヶ月)
うえのとおり相違ありません。			
		年 月 日	
	(職名)	住所 氏名	印

事業主証明	労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給 の場合	年 月 日から 金 円 (日 額) の分 (月 日支払) 金 円
		一部支給 の場合	年 月 日から 金 円 (日 額) の分 (月 日支払) 金 円
		支給しない 場合	年 月 日まで 金 円 (月 日支払) 金 円
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 印			

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日	請求した出産手当金・出産手当付加金のうち
	金 円也の受領に関すること。	
	年 月 日	住所 被保険者の 氏名 印
	代理人の	住所 氏名 印
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店 (普通 当座)	郵便局

領収書	金 円也但し
	うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日
	アルファ健康保険組合理事長 殿
	住所 受領者 氏名 印