

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				

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)		

出産手当金請求書

(第 ○ 回目)

XX 年 XX 月 XX 日						
ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿						
被保険者 住所 〒000-0000 ○○県△△市□□町123						
氏名 健康 太郎						
下記のとおり請求します。						
被保険者証の 記号・番号	記号 000・番号 0000	事業所の 名称	株式会社○○○	標準報酬 等級月額	30万 円 第 ○ 級	
出産前 出産後	の別	出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定日	XX 年 XX 月 XX 日	出産日	XX 年 XX 月 XX 日
出産のため 休んだ期間	XX 年 XX 月 XX 日から XX 年 XX 月 XX 日まで	XX 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	○○ 銀行	△ △ 支店 (普通 0000000)	フリガナ	ケンボ タロウ	口座名	健保 太郎

医師または助産師の意見	出産年月日	年 月 日	出産	単胎
	出産予定年月日	年 月 日	出産予定	多胎 (児)
	正常出産または異常出産の別	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			

事業主証明	労務に服さな かった期間		年	月	日から	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	の分	金	円	額
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金	円	額
		支給しない 場合							
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 〒 事業主 氏名									

委任状	私は 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				
住所 〒 代理人の 氏名					印					
振込希望の銀行		銀行 支店 (普通)								フリガナ 口座名

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 ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿									
	住所 〒 受領者 氏名									