

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給	出産手当金	円
			内訳	出産手当金付加金	円
資格取得	昭・平・令	年 月 日	支給	平・令	年 月 日から
資格喪失	令	年 月 日	期間	平・令	年 月 日まで
前	始	平・令	出 産	年 月 日	平・令
回	終	平・令	備 考		
計算式					
出産手当金	円	×	2/3	×	日 = 円
出産手当金付加金	円	×	0.10	×	日 = 円

上記は記入しないでください。

## 出産手当金・出産手当金付加金請求書

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 <b>1010</b>	被保険者の 氏名と印	<b>健保 花子</b>	印	
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した出産手当金・出産手当金付加金の受領 に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○ <b>〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3</b>				
	会社名および所属	<b>日本無線株式会社</b>		〇〇部	〇〇課	
	出産予定日	平・令 <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日	出生時の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )		
	出産日	平・令 <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日				
	出産前後の別	<input checked="" type="checkbox"/> 出 産 前 : 出産日を含めて前 42 日間+出産日が遅れた日まで <input type="checkbox"/> 出 産 後 : 出産日の翌日から 56 日間 (請求は出産後が経過した日以降) <input type="checkbox"/> 出 産 前 後 : 出産前+出産後 (請求は出産後が経過した日以降)				
	出産のため 休んだ期間	平・令 <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日から	<b>53</b> 日間			
		平・令 <b>X</b> 年 <b>X</b> 月 <b>X</b> 日まで				
	上記の期間中、報酬の全部または一部を受けたときまたは受け得るときはその報酬額および期間。	期 間	平・令	年 月 日から	日間	金額
		平・令	年 月 日まで			

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平・令 年 月 日から	日間
			平・令 年 月 日まで	
	上記期間中、報酬の全部または一部を支給し、または支給すべきものであるときは、その期間および金額	期間	平・令 年 月 日から	日間
		金額	平・令 年 月 日まで	
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所名称</p> <p>所在地 <b>事業主の証明</b></p> <p>事業主氏名 印</p>				

医師または助産師が意見を書くところ	出産年月日	平・令 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)
	出産予定年月日	平・令 年 月 日		
	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 ( ヶ月)
	<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医療機関名 所在地 <b>医師・助産師の証明</b></p> <p>氏名 印</p>			