

※ 支給 支払 決議 書	受付年月日	平成 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	伺年月日	平成 年 月 日									
	決済年月日	平成 年 月 日									
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十	円	資格取得年月日		平成 年 月 日
									資格喪失年月日		平成 年 月 日
	内 訳	法定							標準報酬月額		千円(第 級)
		付加							出産種別	単胎・多胎	支給種別
	支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間									
	備考										

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 出産手当金・出産手当金付加金請求書¹ (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	—				3 被保険者氏名	印				
	4 被保険者の 現住所	〒									
	5 事業所名称					6 標準報酬月額	円				
	7 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日				8 分娩前請求又は 分娩後請求の別	<input type="checkbox"/> 分娩前の請求 <input type="checkbox"/> 分娩後の請求				
	9 上記8で「分娩前の請求」の場合は、分娩予定年月日 を記入して下さい。「分娩後の請求」の場合は分娩 予定年月日と分娩年月日を記入して下さい。					分娩予定年月日	平成 年 月 日				
						分娩年月日	平成 年 月 日				
	10 分娩のため 休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間									
	11 上記10の分娩のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。					<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後もしない					
12 上記11で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その 報酬支払の基礎となる期間と報酬の額を記入して下さい。					平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 円						
13 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組 支店 普通 <i>Na</i>										

※訂正した場合は、必ず訂正印（被保険者氏名欄同一印）を押印して下さい。

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	14 分娩した者の氏名										
	15 分娩予定年月日	平成 年 月 日				16 分娩年月日	平成 年 月 日				
	17 出生児の数	単胎・多胎 (児)				18 生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 週)				
	19 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師の氏名	印									

【医療施設担当医師・助産師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（担当医師・助産師印）を押印して下さい。

事業主が証明するところ	20 被保険者証の記号・番号	—	21 被保険者氏名		
	22 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間			
	上記22の期間中の分として支払う報酬関係	A 全部支給した 場合又は支給 する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分		
		B 一部支給した 場合又は支給 する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆()手当 日分		
C 今現在も 将来にも 支給しな い場合等					
24 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL 印				

【事業所担当者殿】

※訂正し場合は、必ず訂正印（事業主印）を押印して下さい。

※23欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。

※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付して下さい。

受取代理人の欄	25 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日		
		被保険者	住所 氏名	印
		代理人	住所 氏名	印
	26 振込希望の金融機関名	銀行・金庫・信組	支店	普通 <i>No.</i>