

※ 支給 支払 決議 書	同 年 月 日	令和 年 月 日						常務理事	事務長	担当者	
	決 済 年 月 日	令和 年 月 日									
	支 給 金 額	百万	拾万	万	千	百	十	円			
	取 得 年 月 日	平・令 年 月 日						出 産 手 当 金 算 定 額		円(日額 円)	
	喪 失 年 月 日	令和 年 月 日						出 産 種 別	単胎・多胎	支 給 種 別	産前・産後
	支 給 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間									
	備 考									受付日付印	

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 出産手当金請求書 ¹ (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	-			3 被 保 険 者 氏 名						
	4 被 保 険 者 の 現 住 所	〒				Tel					
	5 資 格 を 取 得 し た 年 月 日	平・令 年 月 日			6 出 産 前 請 求 又 は 出 産 後 請 求 の 別	<input type="checkbox"/> 出 産 前 の 請 求 <input type="checkbox"/> 出 産 後 の 請 求					
	7 上 記 6 で 「 出 産 前 の 請 求 」 の 場 合 は 、 出 産 予 定 年 月 日 の み 記 入 し て く だ さ い 。 「 出 産 後 の 請 求 」 の 場 合 は 、 出 産 予 定 年 月 日 と 出 産 年 月 日 を 記 入 し て く だ さ い 。	出 産 予 定 年 月 日			令和 年 月 日						
		出 産 年 月 日			令和 年 月 日						
	8 出 産 の た め 休 ん だ 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間									
	9 上 記 8 の 療 養 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 不 起 材			<input type="checkbox"/> 今 後 受 け る <input type="checkbox"/> 今 後 も 受 け 不 起 材						
10 上 記 9 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 く だ さ い 。	令和 年 月 日 から			令和 年 月 日 まで			円				
11 振 込 先 指 定 口 座 ※ 被 保 険 者 本 人 名 義	金融機関名			支店名							
	口座番号			口座名義人							

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	12 出 産 し た 者 の 氏 名										
	13 出 産 予 定 年 月 日	令和 年 月 日			14 出 産 年 月 日	令和 年 月 日					
	15 出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)			16 生 産 又 は 死 産 の 別	生産・死産 (妊娠 週)					
	17 上 記 の と お り 相 違 い あり ませ ん 。										
		令和 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師氏名 Tel									

【留意事項：医療施設担当医師・助産師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります (確認させていただく場合があります)。

※内容により当組合 (保険者) から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

事業主が証明するところ	18 被保険者の記号・番号	-	19 被保険者氏名		
	20 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	上記20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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 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			
	22 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL			

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。
 ※21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)」の写を添付してください。

受取代理人の欄	23 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。			
	令和 年 月 日	被保険者 住所 氏名	代理人 住所 氏名	24 被保険者との関係
25	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 口座番号	支店名 口座名義人	