

支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当附加金	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)	

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			

出産手当金支給申請書

(第 回目)

年 月 日

伊藤忠健康保険組合理事長殿

〒

住 所
被保険者の氏名
電話番号

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	事業所 の名称	標準報酬 等級月額	円 第 級
分娩前 の別 分娩後	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 報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 円		
振込希望の金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組	支店 普通・当座	口座NO, 名義

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 多胎 (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			
〒			
住 所			
医療機関名・施設名			
氏 名			
電話番号			

※1 死産の場合は妊娠何ヶ月の死産であったかを必ずご記入ください。

※2 医師若しくは助産婦の印は原則省略できませんが、海外で出産した場合には、サインでも構いません。

*記載いただいた個人情報は、保険給付の目的以外には使用致しません。

事業主	労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	うへの 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 (月 日支払) (日 額) 金 円
		一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円 (月 日支払) (日 額) 金 円
		支給しない 場合	
証明	うへのとおり相違ない事を証明します。 年 月 日 事業主 所在地 名称 印 代表者氏名		

※任意継続被保険者及び、資格喪失後に出産手当金を請求する場合は事業主の証明は不要です。

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・出産手当附加金のうち 金 円也 の受領に関する事。 年 月 日 被保険者の 住 所 _____ 印 氏 名 代理人の 住 所 _____ 印 氏 名			
	振込希望の 金融機関名	銀行・信託銀行 信金・信組	支店	口座NO, 普通・当座 名 義

*記載いただいた個人情報、保険給付の目的以外には使用致しません。

※ 添付書類

雇用保険を受給される方は受給延長申請を確認できる書類の写しを添付してください。

【 組合受付印 】