

同年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
決済年月日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	係員
支給額	円				
支給期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間	資格取得 年 月 日			
健康保険 家族(被扶養者) 令和2年4月1日交付 被保険者証 記号 9999 番号 9999999		被保険者証の記号・番号は こちらに記載されてます。			
氏名 XX XX 生年月日 昭和45年12月31日 性別 女 資格認定 令和2年4月1日 被保険者 XX XX					
保険者所在地 神奈川県横浜市金沢区福浦三丁目10番地 保険者番号 06140859 TEL 045-786-7539 保険者名称 日本発条健康保険組合 発行通番 99999999		円 渡			

出産手当金申請書

本人記入欄	被保険者証 記号・番号	9999 ・ 9999999	所属事業所名	□□□ 株式会社
	被保険者住所	〇〇県 〇〇市 △△1-2-3		
	分娩予定日	令和 2 年 8 月 1 日 予定		
	分娩日	令和 2 年 8 月 1 日 分娩		
	分娩のため 休んだ期間	令和 2 年 6 月 21 日 から 令和 2 年 9 月 26 日 まで	98	日間
	分娩機関名称	伊呂波産婦人科医院		
	上記機関所在地	〇〇県 〇〇市 △△ 8-8		
上記の通り申請し、給付金の受領は □□□株式会社代表取締役社長 ○○○ に委任します。 令和 2 年 9 月 27 日 被保険者氏名 日発 浜子				



事業所確認	
担当印	担当印

事業主証明欄	被保険者証番号	9999 . 9999999	被保険者氏名	日発 浜子	
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()			
	労務に服さなかった期間	令和 2 年 6 月 21 日から 令和 2 年 9 月 26 日まで 98 日間			
	上記期間を含む賃金計算期間について報酬を支給した状況	<input type="checkbox"/> 有給休暇（取得した日： ）			
		<input checked="" type="checkbox"/> 諸手当（ 通勤 住宅 ・家族） <input type="checkbox"/> その他（ ）] の分として → 1か月分 <u>7,000</u> 円支給した。 → <u>6/1 ~ 6/20</u> 分を日割り計算し <u>10,500</u> 円支給した。 （日割り支給又は控除した場合の計算方法 ※支給日数がわかるように記載願います。 ※住宅手当は6月分のみ支給 ※通勤手当1か月分15,400円 ÷ 22(平均稼働日数) × 15(出勤日数) = 10,500			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 2 年 9 月 30 日 事業所 住所 〇〇県 〇〇市 △△3-2-1 名称 □□□株式会社 事業主 氏名 代表取締役社長 〇〇〇 社長^印					

注意事項

※申請期間中の日について、勤務管理台帳(写)と、賃金台帳(写)もしくは給与明細(写)を添付して下さい。

医師または助産師の意見欄	対象者氏名	日発 浜子		
	分娩予定年月日	令和 2 年 8 月 1 日	どちらかに○ 単胎 多胎 () 児)	
	分娩年月日	令和 2 年 8 月 1 日		
	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 月)
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 2 年 8 月 5 日 分娩機関 住所 〇〇県 〇〇市 △△ 8-8 名称 伊呂波産婦人科医院 氏名 伊呂波 四郎 伊呂波^印 (職名 産婦人科医) (電話 045 - 888 - 8888)				