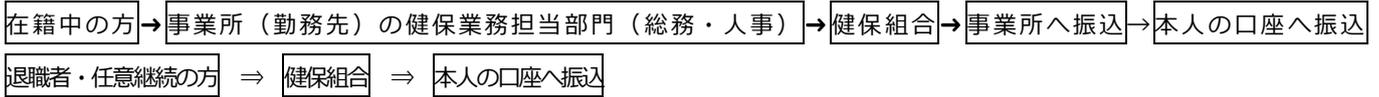


【申請から給付の流れ】



支給額		円
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当付加金	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)	

受付年月日	年 月 日	
伺年月日	年 月 日	
決裁年月日	年 月 日	
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・出産手当付加金請求書

(第 回目)

年 月 日

アルバック健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所
氏名 _____

下記のとおり請求します。

被保険者等の記号・番号	事業所の名称	標準報酬等級月額	円 第 級
分娩前の別	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日	年 月 日
分娩後の別	分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と出産のあった年月日	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および期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 円		
振込希望の銀行 ※資格喪失後の方	銀行 支店(普通当座)		

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎
	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出産の別	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			
(職名) 住所 氏名			

事業主証明	労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	うえの期 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 (月 日支払) 円 日 額 金 円
		一部支給 の場合	年 月 日から の分 金 (月 日支払) 円 日 額 金 円
		支給しない 場合	
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 事業主 氏名			

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・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日	
	住所 被保険者の 氏名	
	住所 代理人の 氏名	

公金受取口座 ご希望の方は□にレ点を 記入してください	【注意事項】 ※在籍者の方は、事業主への受領委任を原則としております。 ※「委任状」欄に記入がある場合は、代理人の口座に給付します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
--	---