

支給決定書

健保記入欄

常務理事	事務長	係員	担当者

支給金額	法定給付	円							
	付加給付	円							
支給期間①	自	令和	年	月	日				
	至	令和	年	月	日				
支給期間②	自	令和	年	月	日				
	至	令和	年	月	日				
入院期間	自	令和	年	月	日				
	至	令和	年	月	日				
分娩予定日	令和	年	月	日					
分娩日	令和	年	月	日					
備考									
資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日					
資格喪失日	令和	年	月	日					
始期	令和	年	月	日					
満期	令和	年	月	日					
前回請求	自	令和	年	月	日				
	(産前 産後) 至	令和	年	月	日				
平均 標準報酬 月額 (単位:円)	(日額) [
	(日額) [
産前①	令和	年	月	日	~	年	月	日	日間
産前②	令和	年	月	日	~	年	月	日	日間
産後①	令和	年	月	日	~	年	月	日	日間
産後②	令和	年	月	日	~	年	月	日	日間
支給日	月	日							

出産手当金・出産手当付加金請求書【 回目】

本人記入欄

NO. 1/3

被保険者等 記号と番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	備考						
請求期間	自	令和	*年	*月	*日	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	令和	*年	*月	*日	
	至	令和	*年	*月	*日	分娩後に請求するときは分娩のあった年月日	令和	*年	*月	*日	
上記の期間中において給与を受けている額および期間						自	令和	*年	*月	*日	日間
						至	令和	*年	*月	*日	日間
						上記の期間に報酬金を受けた **** 円					
病院または診療所に入院した場合	〇〇病院 所在地 名称				入院期間	自	令和	*年	*月	*日	日間
所在地及び名称						至	令和	*年	*月	*日	日間
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	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。 (利用する場合は、左の□に☑をしてください。利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)								
振込先口座	申請者	〇〇〇				銀行	〇〇〇				支店
	OR 代理人	普通	*	*	*	*	*	*	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇	
氏名	(氏) 〇〇〇	(名) 〇〇〇	生年月日	昭和 平成	*年	*月	*日				
住所	〒 - 都道府県から記入してください。					電話	*** - **** - ****				
HOYA健康保険組合理事長 殿						上記によって請求します。 令和 *年 *月 *日					

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、出産手当金の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	代理人が受け取る場合にご記入ください。							
		住所								

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

※被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

事業主記入欄

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号	氏名		(氏)	○○○		(名)	○○○					
	***	****												
	労務に服することが 出来なかった期間		自	令和	*	年	*	月	*	日	日間	**		
至			令和	*	年	*	月	*	日					
HOYA健康保険組合理事長 殿					上記のとおり相違ないことを証明します。									
事 業 主 記 入 欄	上記の期間中において 給与を受けている額 および期間		自	令和		年			月		日	日間	左記の通り報酬を支給したこと (支給すべきものであること)を証明する。	
			至	令和		年			月		日		①	合計金額 円 一日につき (円)
			自	令和		年			月		日	日間	左記の通り報酬を支給したこと (支給すべきものであること)を証明する。	
			至	令和		年			月		日		②	合計金額 円 一日につき (円)
令和	年	月	日											
事業主の名称										(印)				
代表者氏名														

必須ではありません。確認等お問合せの為です。

担 当 印	印
-------------	---

医師または助産師の証明書

下記のもの分娩に関する証明をお願いいたします。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号												
	***	****												
氏名	(氏)	〇〇〇	(名)	〇〇〇	生年月日	昭和 平成	*	年	*	月	*	日		
医 師 ま た は 助 産 師	分娩予定日	令和	年	月	日									
	分娩日	令和	年	月	日									
	正常分娩または異常分娩の別	正常	異常	出産または死産の別		出産	死産（妊娠週目）							
	入院して分娩したときは、その期間	自	入院	令和	年	月	日	日間				至	退院	令和
	出生児の数	単胎	多胎（ 児）											
	HOYA健康保険組合理事長 殿 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師 氏名 電話番号 ()													