

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

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	番号	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						
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						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 OR 代理人	(金融コード)	銀行	(支店コード)	支店						
氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
住所	〒 - -											
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	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。

令和7年4月1日現在

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									

担当印

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。

記入欄	被保険者等 記号	被保険者等 番号							
	氏名	(氏)	(名)	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	年	月	日		
	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 ()									