

# 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

健保受付印		
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

訂正は、ご本人の訂正印をお願いします。修正液不可です。

被保険者証の記号と番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇	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	*	*	*	*
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	***
							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				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	***	
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	〇〇〇	銀行	〇〇〇〇	支店						
		(金融コード)	****	(支店コード)	***							
		普通	* * * * *	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇							
氏名	(氏)	〇〇〇	(名)	〇〇〇〇	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。						
							請求期間“至”に記入した日付けより前の日には受付できません。					
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。

※被保険者証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5年2月17日現在

## 事業主記入欄

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者記号	被保険者番号	氏名		(氏)	○○○		(名)	○○○○				
	***	****											
労務に服することが出来なかった期間		自	令和	*	*	*	*	日間					
		至	令和	*	*	*	*	***					
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。							
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	*	*	*	*	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	*	*	*	*	***	①	合計金額	*****	円	
										①	一日につき (	*****	円)
										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。			
		自	令和	*	*	*	*	日間					
		至	令和	*	*	*	*	***	②	合計金額	*****	円	
										②	一日につき (	*****	円)
支給が数回に分かれているときにご利用ください													
令和 ** 年 ** 月 ** 日													
事業主の名称		株式会社 ○○○○											
代表者氏名		代表取締役社長 ○○○○											
													

## 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	被保険者記号	被保険者番号												
	***	****												
被 保 険 者	氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和	年	月	日						
		○○○	○○○○		平成	*	*	*	*	*	*			
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														
医師の証明														
医師 氏名														
電話番号 ( )														