

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	健保受付印				
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	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	所在地及び名称					入院期間	自	令和	年	月	日	日間
							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						
		普通					口座名義 (カタカナ)					
氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日					
住所	〒 -					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	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									

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															
	***	****															
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 氏名 電話番号 ()																	