

受付年月日	年 月 日	決 裁			
決定年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者	台帳照合印
支払年月日	年 月 日				
支給額	円	資格取得		年 月 日	
		資格喪失		年 月 日	
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	前回	開始	年 月 日	
			終了	年 月 日	
標準報酬月額	千円(第 等級)	支払年月日		年 月 日	
		不支給事由			

出産手当金請求書 (第 回目)

KOA健康保険組合理事長殿

住所 年 月 日

被保険者 氏名

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	記号 番号	事業所の名称	
所属名		標準報酬月額	000 円
生年月日	年 月 日	資格を取得した年月日	年 月 日
分娩前の別 分娩後の	分娩前・分娩後	分娩予定日	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期間及び報酬額	年 月 日から 年 月 日まで	日分	円
振込希望の銀行	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座 No.

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎 (児)
	分娩予定日	年 月 日	分娩予定 多胎 (児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別
	生産・死産 (妊娠 ヶ月)		
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
(職名) 住所			
氏名			

事業主の証明	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	し上て記支の払期間報中酬の関分係と	全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (月 日支払) [日額 金 円]
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 円 (月 日支払) [日額 金 円]
		支給しない場合	
上記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	私は下記の者を代理人と定め、出産手当金の受領に関する権限を委任する。		
	被保険者の住所 (請求者)	住所	年 月 日
	氏名	氏名	印
	代理人の住所	住所	
	氏名	氏名	印
振込希望の銀行	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座 No.

- ・「委任状欄」は押印省略できません。
- ・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。