

支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬月額	

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

出産手当金請求書

令和 年 月 日	
マルハニチロ健康保険組合理事長殿	
被保険者氏名 Ⓜ	
下記のとおり請求します。 <small>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、右上角に記載してください。</small>	
記号番号	(記号) — (番号) 事業所の名称
分娩日	令和 年 月 日 分娩予定日 令和 年 月 日
分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
うへの期間の報酬(賃金)の全部又は一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日分 円
資格喪失者の場合の振込先	銀行 支店 普通・当座 NO.

医師または助産婦の意見	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
	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。 令和 年 月 日 住所 氏名 Ⓜ			

事業主証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	しうてえ支の払期う間報中酬の関分係と	全額支給の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分 円 月 日 支払 (日額 円)
		一部支給の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分 円 月 日 支払 (日額 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。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名 Ⓜ			