

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 1年12月26日

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 健 保 明 子

下記のとおり請求します。

記号番号	(記号) 1 — (番号) 100010	事業所の名称	マルハニチロ株式会社
分娩日	令和 1年11月1日	分娩予定日	令和 1年11月1日
分娩のため休んだ期間	令和 1年 9月 # 日から 令和 1年 # 月 # 日まで	# 日間	
うえの期間の報酬(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	労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	しうてえ支の払期間中の報酬の関係と	全額支給の場合	令和 年 月 日 から の分 令和 年 月 日 まで 月 日 支払 (日額 円)
		一部支給の場合	令和 年 月 日 から の分 令和 年 月 日 まで 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		

事業主に提出し事業主証明欄を記入して貰ってください