

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
前回	始	年	月
	終	年	月
支払年月日	年	月	日
不支給理由			

支給額	円	
支給内訳	出産手当金	円
	出産手当付加金	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
標準報酬月額	円 (第 級)	

所属事業所 担当者印	印
---------------	---

出産手当金請求書

(第 回日)

年 月 日
ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿
住所 〒 被保険者 氏名 印
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	標準報酬 等級月額	円 第 級
出産前 の出産後		出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定日	年 月 日 出 産 日 年 月 日
出産のため 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報酬額および期間		年 月 日から 年 月 日まで		日分 円
振込希望の銀行	銀行	支店 普通 ()	フリガナ 口座名	

医師または助産師の意見	出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 単 胎 出 産 予 定 多 胎 (児)	
	出 産 予 定 年 月 日	年 月 日		
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)
	うえのとおり相違ありません。			
年 月 日				
(職名) 住所 〒 氏名 印				

事業主証明	労務に服さな かった期間		年	月	日から	日間	
	うえの期 間中の分 として支 払う報酬 関係	全額支給 の場合	年	月	日から	の分	金 (月 日支払) 円 日金 額円
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金 (月 日支払) 円 日金 額円
		支給しない 場合					
うえ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 印							

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 月 日請求した出産手当金・出産手当加金のうち _____ 金 _____ 円也の受領に関する事。 _____ 年 月 日						
			住所 〒				
			被保険者の 氏名		印		
		住所 〒					
		代理人の 氏名		印			
振込希望の銀行		銀行 支店 (普通当座)			フリガナ口座名		

領収書	金 _____ 円也但し うえの金額を領収いたしました。 _____ 年 月 日 ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿						
			住所 〒				
			受領者 氏名		印		