

# 支給決定並びに支出伺

平成 年 月 日

常務理事	資格喪失	年 月 日	算 出 基 礎				法定給付 支給額					円
		年 月 日	標準報酬	月額			円					円
事務長	支給開始 終了	年 月 日	区分	日額	日数	金	額	附加給付 支給額				円
		年 月 日	2 3		円	日	=	円	計			円
係	入院期間	年 月 日			×	=		支給期間	年 月 日	日 間	年 月 日	日 間
		年 月 日	1 10		×	=						
			備考									

出産手当金 (法定給付)  
出産手当附加金 (附加給付)

請 求 書 (第 回)

被 保 險 者 の 記 入 欄	1 被保険者の 記号と番号	第 号	2 事業所の 名 称									
	3 標準報酬 月 額	千円	5 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 年月日。	(イ)	平成	年	月	日出産予定				
	4 出産前後の別	前 ・ 後		(ロ)	平成	年	月	日出産				
	6 出産のため 休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日 間									
	7 上記期間中で報酬を受けたとき又は 受けられるときはその報酬額及び期 間、受けないときはその旨	(イ)	年 月 日	日間	円受領済							
		(ロ)	受けません									
	10 上記によって金 円を請求します。	平成 年 月 日										
		北陸電気工事健康保険組合理事長殿										
		(住 所) 被保険者 (氏 名) (印)										
	11 上記の金額の受領を (住所) (氏名) に委任します。	平成 年 月 日 被保険者氏名 (印)										
	被保険者 (請求者) に対する支払金融機関の欄											
金融機関名	金融機関コード	*	店番コード	*	本店 支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )					
口座番号	口座名義			フリガナ								

事業主の証明欄	13 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	14 被保険者の報酬の種別	イ 日 給 ロ 月 給
	15 上記期間中に支払う報酬関係	(イ) 全額支給した場合 全額支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金	円
		(ロ) 一部支給した場合 一部支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	金	円
		(ハ) 現在も将来も支給しない場合その旨			
上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 (住所) (氏名) 電話 - - 印					

医師又は助産師の意見欄	17 出産予定月日	平成 年 月 日	出産の予定		
	18 出産予定月日	平成 年 月 日	出 産		
	19 普通出産の別 異常出産	普通・異常	20 入院の期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
	21 異常出産の場合の症状及び経過概要				
平成 年 月 日 医師又は (住所) 助産師 (氏名) 電話 - - 印					

(注意)

- (イ) 番号順に記入して下さい。
- (ロ) 訂正したところは認印して下さい。
- (ハ) 印ははっきりと押し、印洩れないようにして下さい。
- (ニ) 15の(ハ)の欄は支給しないときは「支給しない」と記入して下さい。