

保 険 者 記 入 欄	支給支払決議書		常務理事	事務長	係	
	同年月日	令和 年 月 日				
	支払年月日	令和 年 月 日				
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日				
	資格喪失日	令和 年 月 日				
	支給期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	支給計算書	産前	円× 日= 円	標準報酬月額	現在	円(日額)
産後		円× 日= 円	不支給期間	従前	円(日額)	円
支給決定額	¥ 円		不支給理由			

出産手当金支給申請書 (第 回目)

事業所  
担当者

セイコー健康保険組合理事長 殿

年 月 日

住所  
被保険者 電話  
氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称		標準報酬 等級月額	円 第 級
子の氏名	続柄	資格取得年月日	年 月 日	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報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで		日分 円		

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩単胎 多胎 ( 児)	
	分娩予定年月日	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。 年 月 日 住所 (職名) 氏名 電話 ( )			

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	円	日	額
		一部支給 の場合	年	月	日から	の分	金	円	日	額
		支給しない 場合								
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>事業所 名称</p> <p>事業主名</p>										

振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。									
		銀行・信金 信組・農協 労金・その他	普通・当座	口座番号						
	支店	店番号	フリガナ							
			口座名義							