

※ 支 給 支 払 決 議 書	伺年月日	令和年月日						常務理事	事務長	担当者		
	決済年月日	令和年月日										
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十					
	取得年月日	平・令年月日						出産手当金算定額		円(日額)円		
	喪失年月日	令和年月日						出産種別	単胎・多胎	支給種別	産前・産後	
	支給期間	令和年月日から令和年月日まで						日間				
	備考							受付日付印				

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 出産手当金請求書¹ (第 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者の 記号・番号	-		3 被保険者氏名					
	4 被保険者の 現住所	〒 TEL							
	5 資格を取得 した年月日	平・令年月日	6 出産前請求又は 出産後請求の別	□出産前の請求 □出産後の請求					
	7 上記6で「出産前の請求」の場合は、出産予定年月日のみ記入して ください。「出産後の請求」の場合は、出産予定年月日と出産 年月日を記入してください。		出産予定年月日	令和年月日					
	8 出産のため 休んだ期間	令和年月日から令和年月日まで 日間							
	9 上記8の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。				□受けた	□受けない			
	10 上記9で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その報酬支払の 基礎となる期間と報酬の額を記入してください。				□今後受ける	□今後も受けない			
	11 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号			支店名 (カタカナ)				

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	12 出産した者の氏名					
	13 出産予定年月日	令和年月日	14 出産年月日	令和年月日		
	15 出生児の数	単胎・多胎(児)	16 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)		
	17 上記のとおり相違ありません。					
	令和年月日					
	医療施設所在地					
	医療施設名称					

【留意事項：医療施設担当医師・助産師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります（確認させていただく場合があります）。

※内容により当組合（保険者）から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	18 被保険者の記号・番号		-		19 被保険者氏名			
	20 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			
	上記 20 の 期間中の分 として支払 う報酬関係	A 全部支給 した場合 又は支給 する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間			
		◆支給した(する)金額	円(日額)		円)			
		◆出勤 日分 ◆有給 日分	◆()		手当 日分			
	B 一部支給 した場合 又は支給 する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日間				
	◆支給した(する)金額	円(日額)		円)				
	◆出勤 日分 ◆有給 日分	◆()		手当 日分				
	C 今現在も 将来にも 支給しない 場合等							
22 上記のとおり相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL								

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。
 ※21欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。
 ※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付してください。

受 取 代 理 人 の 欄	23 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者	住 所		
	氏 名		24 被保険者 との関係	
代理人	住 所			
氏 名				
25		金融機関名	支店名	
振込先指定口座 ※代理人名義		(普通預金)	(カタカナ)	
		口座番号	口座名義人	