決裁日付印

支給決定額
資格取得日　平・令　年　月　日
資格喪失日　平・令　年　月　日

伺年月日	令　和　年　月　日			
常務理事	事務長	次　長	課（係）長	係

請求期間		不支給期間		
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	金額
				理由

支給期間		支給額
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	標報日額（2/3） ×　日　＝ （産前　日　・　産後　日　一括決定）

出産手当金請求書

（第　回）

愛知県信用金庫健康保険組合理事長　様

令和　年　月　日請求

下記のとおり請求します

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		被保険者（請求者）の氏名	生年月日	
（記号）	（番号）		昭和 平成	年　月　日

事業所名称		被保険者の住所	
出産予定日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
請求期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか	はい　・　いいえ
金融機関名	信用金庫　店	預金種別	1 普通 2 当座
口座番号			

事業主の証明

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	左記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日
上記期間の報酬について	支給した　・　支給しない	
報酬を支給した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	事業所の　所在地 名　称
支給した金額	円	事業主の　氏　名

医師又は助産婦の証明

出産者氏名			
出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
出産時の数	単胎　・　多胎（　児）	生産または死産の別	生産　・　死産（　週）
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	令和　年　月　日 電話番号		

R3.6.1

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付印

マイナンバー