

出産手当金支給決定伺		業務部長	業務課長	審 査	係
円					
支給期間	自 年 月 日	資格	取得	年 月 日	
	至 年 月 日		喪失	年 月 日	
前回までの支給期間	自 年 月 日	標準報酬	旧)	年 月 月	千円 日 円
	至 年 月 日		現)	年 月 月	千円 日 円
入院期間	自 年 月 日	(旧) 2/3日額	日間・円		
	至 年 月 日		日間・円		
分娩年月日	年 月 日	(現) 2/3日額	日間・円		
分娩予定日	年 月 日				
出生児の数	単胎・多胎 (児)				
決定年月日	年 月 日	108条の控除額			
支払年月日	年 月 日	円 (合計) 円			

受付1

受付2

健康保険出産手当金請求書

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 (第 回目) 令和 年 月 日

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	被保険者名	昭和 年 月 日生		
		番号	生年月日	平成 年 月 日生		
	事業所名		被保険者の住所			
	分娩(予定)年月日	令和 年 月 日分娩	令和 年 月 日予定			
分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から		日間			
	令和 年 月 日まで					
① 分娩のため休んだ期間に報酬を受けましたか	現在	1. 受けた 2. 受けない 3. 受けられない	年 月 日から 年 月 日まで	② 将 来	1. 受けられる 2. 受けられない	年 月 日から 年 月 日まで
			金額 円			金額 円

受領委任	名称	殿に委任します。
	氏名	
	令和 年 月 日	
	被保険者 氏名	④

事業主が証明するところ	分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から	日間		
		令和 年 月 日まで			
	休んだ期間の有給休暇	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間		
	③ 休んだ期間の報酬(賃金)は	1. 全く支給しない 2. 全額支給した 3. 一部支給した	④ 休んだ期間の手当は	1. 全く支給しない 2. 全額支給した 3. 一部支給した	
	⑤ 給与の形態	月給・日給月給・日給・()	給与の締め切り	毎月 日～日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日払	
	休んだ期間の報酬を全額又は一部を支給した場合又はこれから支給する場合	基本給	円	月 日～月 日 日分	⑥ 通勤手当の支給方法 現金 定期券 その他
		通勤手当	円	月 日～月 日 日分	
		家族手当	円	月 日～月 日 日分	
		その他手当	円	月 日～月 日 日分	
	合計	円	月 日～月 日 日分		
報酬の上記取り扱いに対する就業規則・給与規程の抜粋又は写しを添付	第 条第 項より(該当条文)		賃金規程で支給すべき場合に支給しないときはその理由		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の名称 事業主の氏名 ④					

医師・助産師の証明	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
	⑦ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	⑧ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 医師又は助産師の氏名 ④ TEL ()			

長野県農業協同組合健康保険組合

- ①～⑧は該当の文字を○で囲んで下さい。
- 事業主は出勤簿・賃金台帳に基づいて記入して下さい。
- 修正したときは必ず訂正印を押して下さい。
- 被保険者が自ら署名する場合は被保険者の押印は不要です。但し受領委任欄への押印は必要です。