支給決定決議書

※健保記入欄	承認	審査	審査	起案	支給額	円	平均月額	千円
							取得	令和　年　月　日
支給期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間						喪失	令和　年　月　日
不支給期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間						支給開始	令和　年　月　日
受給減額期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間						減額	≒　円／30円／日
計算式								
（給付日額）　円 －（減額日額）　×					日＝			

出産手当金請求書

被保険者（本人）が記入をするところ							
個人番号もしくは被保険者等記号番号			給与の種類	日給月給　日給 その他（　）	仕事の種類		
事業所の名称							
分娩年月日	令和　年　月　日		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		
分娩予定年月日	令和　年　月　日						
病院又は産院の所在地及び名称	所在地		出産のため休んだ期間中報酬を受けた期間及び金額	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間		
	名称			金　円			

上記のとおり請求します。

〒

住所

被保険者の

令和　年　月　日　　氏名

電話　（　　）　－

小島健康保険組合理事長　殿

医師または助産師の証明				
分娩年月日	令和　年　月　日	分娩予定年月日	令和　年　月　日	
入院期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日			
正常出産又は異常出産の別	正常・異常	出生児の数	単胎・多胎（　児）	
生産又は死産の別	生産・死産	〔妊娠　　〕	ヶ月　週	

上記のとおり相違ありません。

〒

令和　年　月　日

住所（所在地）

名称

医師・助産師　氏名

電話

備考		

《用紙の流れ》被保険者（本人）→ 医院 → 被保険者（本人）→ 事業所 → 小島健保

事業主が証明するところ						
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					
上の期間中に報酬を支給した場合、又は支給する場合はその金額及び期間						
支給金額	金　　円	給与締切日	日締	給与支払日	日払	
支給期間	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日まで					

期間中の勤怠表（写）を添付又は
就労状況を下記カレンダーに欠勤－〇、出勤－×、有給－△印で記入して下さい。

| | | | | | |