

支給決定伺

振込先	銀行	口座	普通
	支店		当座
口座番号			その他
コナメダ			

支給額	円		常務理事	事務長	課長	担当	
支給期間	分娩前 年 月 日～ 年 月 日 日間						
	分娩後 年 月 日～ 年 月 日 日間						
支給基礎	法 50 条	円× 日 =	資格取得	年 月 日			
		円× 日 =	資格喪失	年 月 日			
	付 加 金	円× 日 =	前 回	始	年 月 日		
		円× 日 =		終	年 月 日		
入院期間	年 月 日～ 年 月 日 日間		不支給理由				

出 産 手 当 金 請 求 書  
出 産 手 当 付 加 金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所名 所属課名	内線	標準報酬等級	第 級
	分娩前 分娩後の別	分娩前 分娩後	分娩予定年月日 分娩 年 月 日	平成・令和	年 月 日	日間
	分娩のため 休んだ期間 (分娩前)	平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	分娩のため 休んだ期間 (分娩後)	平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで			日間
	上記期間中において報酬の全額又は一部を 受けたとき又は受けられるときはその報酬額及 び期間 (有給休暇の期間)		平成・令和	年 月 日から 平成・令和	年 月 日まで	日間
	入院したとき	産院または病院の 名称及び所在地				
		入院した期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 令和 令和			日間

上記のとおり請求いたします。  
令和 年 月 日  
〒  
住所  
被保険者 ㊦㊧  
氏名  
沖電気工業健康保険組合理事長 殿

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和	年	月	日から	日間
			平成・令和	年	月	日まで	
	上記期間中に支払う報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	平成・令和	年	月	日から	日間
		一部支給した場合 又は支給する場合	平成・令和	年	月	日まで	
		現在も将来も支給しない場合は その旨					
	有給休暇					日間 (何日と何日か明記)	
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>事業主</p> <p>氏名</p>							

医師または助産師が意見を記入するところ	分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日					
	分娩年月日	平成・令和 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)			
	入院して分娩したときはその期間	平成・令和	年	月	日から	日間	健保 自費 その他
		平成・令和	年	月	日まで		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名称</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医師・助産師氏名</p>							