

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<br>年 月 日～ 年 月 日 日間 |        |       |       |       |    |  |
|      | 分娩後<br>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<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の<br>記号と番号   | 記号<br>番号             | 事業所名<br>所属課名 | 内線    | 標準報酬等級  | 第 級   |            |
|  | 分娩前   | 分娩前                  | 分娩予定年月日      | 平成・令和 | 年 月 日   |       |            |
|  | 分娩後の別   | 分娩後                  | 分娩年月日        | 平成・令和 | 年 月 日   |       |            |
|  | 分娩のため<br>休んだ期間<br>(分娩前)                                       | 平成・令和                | 年 月 日から      | 平成・令和 | 年 月 日まで | 日間    |            |
|  | 分娩のため<br>休んだ期間<br>(分娩後)                                       | 平成・令和                | 年 月 日から      | 平成・令和 | 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<br>受けたとき又は受けられるときはその報酬額及<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>異常    | 生産または<br>死産の別 | 生産<br>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<br>自費<br>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> |                 |             |               |                  |     |    |                 |