



支給額		円
支給 内 訳	出産手当金	円
	出産手当付加金	円
支給期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬月額		円(第 級)

受付年月日	年 月 日		
同年月日	年 月 日		
決裁年月日	年 月 日		
支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	係
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日		年 月 日	
不支給理由		年 月 日	

出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 回目)

年 月 日			
ミドリ安全健康保険組合理事長殿			
被保険者		住所	
		氏名 (印)	
下記のとおり請求します。			
被保険者証の 記号・番号	—	事業所の名称	標準報酬 等級月額 円 第 級
分娩前 の別		分娩前に請求するときは分娩予定年月 日分娩後に請求するときは分娩予定年 月日と分娩のあった年月日	分娩予定日 年 月 日 分娩日 年 月 日
分娩後			
分娩のため休んだ期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一 部を受けたとき、または受けられるときはそ の報酬額及び期間		年 月 日から 年 月 日まで	日分 円
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行	支店 [普通 当座]	郵便局

医師又は助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩	単胎 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定	多胎 (児)
	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)
	うえのとおり相違ありません。			
	年 月 日	住所		
	(職名)	氏名	(印)	

