

書式はA 4判で印刷後、
各自コピー機でA 3に拡大して
ご利用ください。

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
同年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得年月日		□昭和 □平成 □令和 年 月 日	
支給期間	令和 年 月 日	資格喪失年月日		令和 年 月 日	
	令和 年 月 日	支払年月日		令和 年 月 日	
標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	出産手当金日額	円

出産手当金請求書

被保険者(本人)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	② 事業所の名称	
	③ 被保険者の氏名	④ 被保険者の生年月日	□昭和 年 月 日 □平成 年 月 日
	⑤ 出産前の別 □ 出産前 □ 出産後	⑥ 出生児の数	□単胎 □多胎(児)
	⑦ 出産前に請求するときは出産予定日を記入 出産後に請求するときは出産予定日と出産日を記入		出産予定日 令和 年 月 日 出産日 令和 年 月 日
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	⑨ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	□はい 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 報酬額 円 □いいえ	
	⑩ 振込希望機関	銀行 金庫 組合 店 □座番号 □普通 □当座 □座名義(カタカナ)	
	⑪ 公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合は□、利用しない場合は⑩振込希望機関の欄を記入)	
	⑫ 上記のとおり請求します。		〒 住所 令和 年 月 日 住所 エクセディ健康保険組合 理事長 殿 被保険者の 氏名
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)		備考欄

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					
	上記期間中支払う報酬関係	支給期間	単価	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
		基本給・基準給					
		役職・技能・資格手当					
		家族(扶養)手当					
		通勤手当					
		残業手当					
		食事・石油手当					
		休業手当					
	手当						
合計							
給与の種類	□月給 □日給 □日給月給 □時間給 □歩合給 □その他()						
賃金計算	締日	日	支払日	□ 当月 日 □ 翌月 日			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 電話 () - 事業所名称 事業主氏名							

左の期間中に出勤した日は○を、有給休暇をとった日は△を、公休は公を、欠勤は/で表示してください。

月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
月	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				
	出勤	日	有給	日			

医師又は助産師の記入するところ	出産予定年月日	令和 年 月 日	出生児の数	□単胎 □多胎(児)
	出産年月日	令和 年 月 日		
	正常または異常分娩の別	□正常 □異常	生産・死産の別	□生産 □死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 電話 () - 医師・助産師の氏名			

委任状	私は 代理人と定め、次の権限を委任する。	
	令和 年 月 日	請求した出産手当金のうち金 円也の受領に関すること。
	令和 年 月 日	住所 被保険者の 氏名
		住所 代理人の 氏名
振込希望機関	銀行 支店	口座番号(□普通・□当座) 口座名義(カタカナ)