

年度別	年度	受付	年 月 日	番号	第 号		
決 裁	常務理事	下記の通り支給決定して 差し支えありませんか	起	事務長	担 当	起 案	年 月 日
			案			決 裁	年 月 日
不支給期間及び事由		標準報酬 月 額 千円	支 給 期 間			備 考	
自 年 月 日 至 年 月 日 日間			自 年 月 日 至 年 月 日 日間	支 給 金 額			
			円				
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日				

出 産 手 当 金 請 求 書 (第 回目請求)

被保険者証記号番号	事業所名及び所属課係	労務不能期間中に報酬を受けた期間及び報酬額			
●●●●●●	勤務先の名称	自 年 月 日	日間	円	
分娩予定日	分娩年月日	ご記入ください			た 期 間
年 月 日	年 月 日	月 日	日間		
請求金額	円	備考			
振込希望 金融機関	金融機関名及び支店名 (フリガナ)	預金種類	口座番号	名 義 (フリガナ)	
	銀行・信金 信組・農協	退職者、任意継続の方はご記入ください			
上記の通り請求し、給付金の受領方を (住所) _____					
(_____)に委任します。		勤務先の名称 退職者、任意継続の方は記入不要			
年 月 日					
デンカ健康保険組合理事長 殿			(氏名) _____		

事 業 主 の 証 明

労務に服さなかった期間	労務不能期間中に対し報酬を支払った時又は	左記の通り証明する
年 月 日	支 払 日	年 月 日
年 月 日 日間	自 年 月 日 日間	円
事業主の証明を頂いてください		

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見

分娩予定年月日	証明年月日	年 月 日
年 月	医師の証明を頂いてください	
分娩した年月		
年 月 日		