

出 産 手 当 金 支 給 決 定 決 議 書

健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	係	資格取得	昭・平・令	年	月	日
				資格喪失	平・令	年	月	日
				標準報酬月額		千円	日額	円
支 給 額	支給期間	産前	月	日	～	月	日	日間
		産後	月	日	～	月	日	日間
	不支給期間	月	日	～	月	日	日間	支給減額
合計		2/3 額		円 × 日 =		円		円

出 産 手 当 金 支 給 申 請 書

本 人 が 記 入 す る と 方 法 と こ ろ	被保険者証 記号番号	11 12 13 第 号	社員コード	工場名	本社 岡崎 緑 知立 幸田 六ツ美 高橋 田原 九州 平泉						
	労務に 服さなかった 期間	平・令	年	月	日	より	平・令	年	月	日	より
	分娩日	平・令	年	月	日	平・令	年	月	日	まで	
	分 娩 日	平・令	年	月	日	労務に服さな かった期間に 報酬を受けた ときはその月 日及び金額	金	円			
銀行口座 振 込	銀 行 農 協		普通	口座番号						
受取代理	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										
申請者名義 以外の口座 に振込を希 望する場合 のみ記入	代理人の 氏名と印	(フリガナ)			委任者と 代理人 との関係						
	代理人の 住 所	〒 -			電 話	()					

上記のとおり申請します 〒 -

令和 年 月 日 被保険者 住 所

フタバ産業健康保険組合 氏 名 ⑩

理事長 殿

捨印

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分娩予定年月日	平・令	年	月	日	分娩日	平・令	年	月	日	
	出生児の数	単児 ・ 多児 (児)				生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明します										
令和 年 月 日 医療機関(助産院)の 所在地 名称 医師(助産師)の氏名 ⑩ TEL ()											

【提出の流れ】 申請者 → (工場総務) → 人事 → 健保

備考 (個人番号:任意記入)