

受付年月日	年 月 日
伺い年月日	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	係長	担当

支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬月額	千円 (第 級)

資格取得	S・H・R	年 月 日
資格喪失		年 月 日
前回	始 終	年 月 日 年 月 日
支払年月日		年 月 日
不支給理由		

## 出産手当金請求書

(第 回目)

京葉ガス健康保険組合理事長殿		年 月 日	
下記のとおり請求いたします。		被保険者	住所
		氏名	
被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所 の名称	標準報酬月額 等級 千円 第 級
この出産手当金・出産 手当付加金の請求は	・分娩前である ・分娩後である	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
分娩の為休んだ期間 ( 手当金請求期間 )	イ. 年 月 日から 年 月 日まで 日間		
上の期間の報酬(賃 金)の全部又は一部 を受けたとき又は受 けられるときはその 報酬の額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分 円		
振込み希望の 金融機関名	銀行 金庫 組合	支店名	普 ・ 当 口座番号 口座 名 義 フリガナ

イ. 単胎の場合産前(含分娩日)42日、産後56日、出産が予定より遅れた場合遅れた日数を産前に加算

医師又は助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	・分娩	単胎
	分娩予定年月日	年 月 日	・分娩予定	多胎 ( 児)
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常 ・ 異常	・生産 ・死産	(妊娠 ヶ月)
	上のとおり相違ありません。 年 月 日			
(職名 ) 医療機関の所在地				
医療機関の名称				
氏 名				

ア 労務に服さな かった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、早退は早で、表示してください (産前50日・産後60日を表示)																														
	自	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	イ 上記の労務に 服さなかった 日を含む月に 報酬を支払っ たときは内訳  (給与締毎) (支給全額)	事業主が証明するところ																										
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																													
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																													
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																													
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
至	月 日	報酬の名称		支払対象期間 (給与締め切り期間を記入)	実際の支払金額 (左記期間支給額)	(無欠勤の場合の 1ヶ月支給額)	支払月日																								
		基本給	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
		手当	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
		手当	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
		手当	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
		手当	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
		手当	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	円	円	円	月 日																								
*上記の実際の支払金額の算定方法(控除・日割等)を所定の用紙(報酬支払い説明書)に記載し添付して下さい。																															
該当する報酬形態の全てに○印		月給	日給	月給	日給	歩合給	時間給	役員報酬 ( ) 【 日締 日払】																							
現在迄も将来も支給 しないときはその旨																															
上記の通り相違ないことを証明します。		住所	年 月 日																												
		事業主	名称																												
		氏名																													

ア. 労務に服さなかった日=有給・公休・欠勤(早退は労務不能初日以外は出勤日扱)

イ. 報酬=役付・家族・通勤・住宅・残業等、支給した全ての金額

エ. 通勤定期代は現金でも現物(券)でも報酬に入る

委任状	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任いたします。		年 月 日	
	被保険者の (請求者)	住所	(代理人)	住所
	氏名	氏名		
31 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫 組合	本店 支店	普通 当座	口座番号 フリガナ 名義

領収書	金 円也を領収いたしました。	年 月 日
	京葉ガス健康保険組合理事長殿	受領者 住所 氏名

\* 期間の計算は、両端入れ12日~18日は7日間

\* 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入