

※支給決定年月日 令和 年 月

様式番号	
給	8

給付決定伺

部長	課長	扱	合議

※

事業所記号	被保険者番号	日数

※

支出項目		金額			
法定給付費	出産手当金				

※

支給期間	日数	日額	計	備考
. . ~ . .				
. . ~ . .				
. . ~ . .				
. . ~ . .				

健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

※印の欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号	—		資格取得		月額	千円	
				資格喪失		等級	等級	
	出産予定日	令和	年	月	日	出産予定		
	出産日	令和	年	月	日	出産		
	出産の為 休んだ期間	自 令和	年	月	日	日間		
		至 令和	年	月	日			
	上記の期間中報酬は次のとおり							
	受けたとき				受けないときその理由			
	自	令和	年	月	日	円		
	至	令和	年	月	日			
病院等	名称							
	所在地							

上記のとおり申請いたします。

なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません

令和 年 月 日 被保険者 住所
(自署) 氏名
TEL — —

上記の請求について誤りのないことを証明します。

事業所名

事業主名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

*注 【同意します・同意しません】について、選択がない場合は、同意されたものとみなします。

*注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。

*注 請求書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。

両面印刷できない場合は、この部分より上を糊づけし割印願います。

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		
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正職員・正社員 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 準職員・準社員 <input type="checkbox"/> 季節雇用 <input type="checkbox"/> 嘱託・臨時 <input type="checkbox"/> その他()	給与区分	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()	
	上記の期間(出勤日以外)に対して、報酬・手当・交通費等を支給しました(します)か		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	賃金計算	締日 _____ 日 支払日 (当月・翌月) _____ 日
	*上記期間中の給与計算方法 (計算式等についてこの欄又は賃金台帳(写)の余白に記入)				
◇欠勤控除の有無 < 有・無 > 算定式: _____ 円を _____ 年 _____ 月分給与で控除 ◇住宅現物の有無 < 有・無 > 月額: _____ 円 ◇年金保険料における所定率を上回る事業主負担の有無 < 有・無 > 月額: _____ 円					
上記のとおり相違ないことを証明します。			本件内容の確認先(部署及び担当者名):		
令和 年 月 日 〒 _____ 事業所住所 事業所名 事業主氏名					

療養を担当した医師が意見を記入するところ	出産者の氏名			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産予定	
	出産日	令和 年 月 日	出産	
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)	出生児の数	単胎・多胎
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 医 師 氏 名 助 産 師 電 話			

※記載内容の訂正は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と記載者のサインをご記入ください。