

支給・支払決議書	支払金額	円		常務理事	事務長	会計	扱者	
	支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日						
	分娩の日	令和 年 月 日	資格取得	年 月 日				
	標準報酬	月額 円 日額 円	資格喪失	年 月 日				

マイナンバーではなく、「資格情報のお知らせ」に記載の記号・番号を記入

野村証券健康保険組合殿

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 記 号 と 番 号	記号 番号					被保険者 の氏名	○村 ○子	
	被保険者の現住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町○-○-○							
	被保険者の勤務 する事業所名	野村証券(株)							
	被保険者資格 取得年月日	平成・令和 ○ 年 4 月 1 日							
	分娩予定日	令和 ○○ 年 6 月 1 2 日			分娩日	令和 ○○ 年 6 月 1 0 日			
	分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間				
	上記期間の報酬の全部又は一部 を受けたとき又は受けられると きはその報酬額および期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間 円				

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

<振込先>

銀行コード	○○○○	銀行 信金	支店コード	○○○	支店 出張所
口座番号	1 1 1 ○ ○ ○ ○		フリガナ	マルムラ マルコ	
普通 当座			口座氏名	○村 ○子	

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 5 月 1 日 から 9 7 日間 令和 ○○ 年 8 月 5 日 まで	
	上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係 *1	ア 全額支給した 場合又は支給 する 場 合	令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日 まで (日額 円) の分として (月 日支払)
		イ 一部支給した 場合又は支給 する 場 合	令和 年 月 日から 金 円 令和 年 月 日 まで (日額 円) の分として (月 日支払)
		ウ 現在までも又 将来も支給しな い場合はその旨	現在までもまた将来も支給しない
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 事業主 氏名 電話 事業主が証明		

医師又は助産師記入欄	分娩日	令和 ○○ 年 6 月 1 0 日	(単 多) 胎 () 児	
	分娩予定日	令和 ○○ 年 6 月 1 2 日		
	正常分娩又は 異常分娩の別	(正常) ・ 異常	生産又は 死産の別	(生産 死産) (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 ○○市○○町○-○-○ 医療機関名等 ○○産婦人科医院 職名 (医師) 氏名 ○山 ○子			

<注意事項>

- *1 「全部支給」又は「一部支給」とは一日あたりの全部又は一部の意味です。
ア. とイ. にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載してください。
ウ. の欄は「現在までもまた将来も支給しない」と記載してください。