

支給額										円
支給決定の額	日額	日数								円
支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間									
標準報酬月額		千円 (第 級) (円)								
備考										

受付年月日	令和 年 月 日		
伺年月日	令和 年 月 日		
決裁年月日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		
支給支払決議書			
常務理事	事務局長		担当
資格取得	令和 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日		

出産手当金請求書

令和 年 月 日	
エンターテイメント健康保険組合理事長 殿	
被保険者	住所
	氏名
〒 ()	
下記のとおり請求します。	
被保険者証	事業所の名称
記号	〒 ()
番号	
出産予定日	令和 年 月 日
出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。	現在まで 受けた ・ 受けない
または今後受けられますか。	今後 受けられる ・ 受けられない
上記で報酬を受けるまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。	
報酬支払期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
受けた報酬額	円
受ける報酬額	円
振込を希望する銀行等の名称	預金の種類及び口座番号
銀行 信用金庫	支店
正確に「フリガナ」をふってください	
フリガナ	
口座番号	口座名義人
普通	

医師または助産師の意見	出産予定年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎 (児) 多胎 (児)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地				
医療機関名				
医師・助産師の氏名				

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名																																	
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																																	
	令和 年	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																												出勤:	日	有給:	日	無給:	日
	令和 年	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																												出勤:	日	有給:	日	無給:	日	
令和 年	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																												出勤:	日	有給:	日	無給:	日	
令和 年	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																												出勤:	日	有給:	日	無給:	日	
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	はい ・ いいえ				締日		日																											
給与の種類	月給	日給	日給月給			賃金計算	支払日		□ 当月		日																							
	時間給	歩合給	その他()				支払日		□ 翌月		日																							
上記の期間中 にかかる分として 支払った報酬(給与・賃金 等)	支給期間			支給額		支払日																												
	令和 年	月	日	～	令和 年	月	日	円	令和 年	月	日																							
	令和 年	月	日	～	令和 年	月	日	円	令和 年	月	日																							
	令和 年	月	日	～	令和 年	月	日	円	令和 年	月	日																							
現在まで、または 将来も支給しない 場合はその理由																																		
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																																		
事業所名																																		
事業主氏名																																		
Tel ()																																		

【事業主の方へ】

- 勤務状況は出勤簿の写しを添付してください。
- 賃金台帳の写しを添付してください。