

出産手当金請求書

(第 回)

※日付はすべて和暦で記入

被保険者記入欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	印 (回転印不可)
	事業所名・所属	(所属)			生年月日 (和暦) 年 月 日
	被保険者の住所	〒 -			
	分娩予定日	年 月 日	分娩のため 休んだ期間	年 月 日から	
	分娩年月日	年 月 日		年 月 日まで	
	備考欄	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。			
医師又は助産師の意見記入欄	分娩予定日	年 月 日	正常分娩または 異常分娩の別 (該当項目に「レ」を 入れてください)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	分娩年月日	年 月 日			
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (満 週 日)	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師・助産師名 印 Tel				
事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から	日間	出産手当金支給対象期間中に報酬を全額支給した期間	年 月 日から
		年 月 日まで			年 月 日まで
	月・日・時給制の別	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 日給月給制 <input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時給制		出産手当金支給対象期間中に報酬を一部支給した期間等	年 月 日から
支給額 年 月 日まで (日額 円)					
うえのとおり証明します。 年 月 日 住所 (所在地) 事業所名 氏名 印 Tel					
委任欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主 (代理人) に委任します。 年 月 日 被保険者氏名				印 (回転印不可)
受付日付印					

※退職された方のみご記入ください。(被保険者本人名義に限ります。)

※ 退職者記入欄	銀行コード	支店コード	口座番号	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店	種別	<input type="checkbox"/> 普通
	<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 当座
フリガナ 名義人				