

出産手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名			
	事業所名 所属	(所属)			生年 月日	(和暦) 年 月 日	
	被保険者 居所住所	〒			TEL		
	分娩予定日	(和暦) 年 月 日			分娩のため 休んだ期間	(和暦) 年 月 日から	
	分娩年月日	(和暦) 年 月 日				(和暦) 年 月 日まで	
	備考欄	<small>被保険者等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。)</small> ※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	(和暦) 年 月 日			正常分娩または 異常分娩の別	<input type="checkbox"/> 正常分娩	<input type="checkbox"/> 異常分娩
	分娩年月日	(和暦) 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。 (和暦) 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師・助産師名 TEL						
事 業 主 証 明 欄	労務に 服さな かった 期間	(和暦) 年 月 日から			出産手当金 支給対象期 間中に報酬 を全額支給 した期間	(和暦) 年 月 日から	
		年 月 日まで				年 月 日まで	
	給与 体系	<input type="checkbox"/> 月給制	<input type="checkbox"/> 日給月給制		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	(和暦) 年 月 日から	
	<input type="checkbox"/> 日給制	<input type="checkbox"/> 時給制		年 月 日まで			
うえのとおり証明します。 (和暦) 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 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。 (和暦) 年 月 日 被保険者氏名					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						