

記入上の注意
③、⑥、⑨、⑩欄は該当する文字をマルで囲んでください。
この欄は記入しないでください

※この欄は記入しないでください	支給年月日	年 月 日						常務理事	事務長	課長	担当				
	支給金額	合計													
		法定給付	円						標準報酬月額	円		標準日額	円		
		付加給付	円						取得	年月日	喪失	年月日			
	支給期間	自	年月日	日	始期	年月日			満期	年月日					
		至	年月日	日	前回	年月日から			年月日						
	傷手日額	法定	円			法第108条控除金額	自年月日 日間								
		付加	円			至年月日 円									
備考															

出産手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	①被保険者の記号番号				②被保険者（請求者）の氏名				③生年月日 昭平令 年月日						
	④被保険者（請求者）の住所	〒 - 電話 ()													
	⑤被保険者の勤務する（していた）事業所	名称							所在地	〒 - 電話 ()					
	⑥請求期間の区分		出産前		・ 出産後		・ 出産前後								
	⑦出産予定日		・ 出産日		出産予定日		令和 年 月 日		出 産 日 令和 年 月 日						
	⑧出産のため休んだ期間（請求期間）		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日		まで		日間						
			令和 年 月 日		令和 年 月 日										
	⑨ ⑧の期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか		受けた・受けない		⑩報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間 円						
⑪出産児の数		単胎 ・ 多胎 (児)													

被保険者のマイナンバー記載欄

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日 提出

受付日付印

支払印

記入上の注意
資 ⑩ ⑭
格 欄 欄、
喪 は 及 ⑮
失 賃 び 欄
日 金 ⑯ 欄
後 支 欄 は
に 払 は 該
つ い は 必
が ず す
る あ る 入
は 証 と し 字
明 き て を
す に く マ
る 記 さ る
必 入 さ だ
さ い。 冊
は て。 ゐ
あ く で く
り だ さ
ま せ い
。 。

事業主が証明するところ	⑫労務に服さなかった期間 (休日を含む)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																																		
	⑬勤務状況	【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																																		
	年 月	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	計	出勤	有給	
	年 月	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				
	年 月	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				
	年 月	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				
	年 月	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				
	⑭上記期間中に対して賃金を支給しましたか	はい	いいえ		⑮給与の種類		月給 日給 日給月給		⑯賃金計算		締日		日																							
	時間給 歩合給 その他		支給日		当月		翌月		日		日																									
	⑰上記期間中の賃金内訳	区分	年 月 日		～	年 月 日		日 数		支 給 額		日 額																								
		基本給				日間		円		円																										
		通勤手当				日間		円		円																										
						日間		円		円																										
						日間		円		円																										
⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日																																		
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名		電話 ()																																		

記入上の注意
記 妊 ⑳ を ㉑
し 娠 欄
を ル、
か、で、
だ 月 円 欄、
さ の 産、
い。 死、
。 産、
で マ、
。 欄、
あ ル、
る だ、
。 ⑳ 欄、
を た、
該 当、
場 合、
に、 文
付 字

医師又は助産師が書くところ	⑲出産年月日	令和 年 月 日	⑳出産予定年月日	令和 年 月 日			
	㉑正常出産、又は異常出産の別	正常出産 ・ 異常出産	㉒生産、または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 か月)			
	㉓出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)					
⑲出産のため入院した期間	令和 年 月 日	令和 年 月 日	日間	㉓入院費用の別		健保 ・ 自費 公費 ・ その他	
⑳ 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						電話 ()	
医療機関の名称							
医師の氏名							

委任状	㉔本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	令和 年 月 日			
	被保険者氏名 (請求者)	印			
	委任された方の住所 氏名	印			