

支給決議	同年月日						取得年月日						常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額						喪失年月日										
							出産手当金額										
支給内訳						支給期間											
						分娩予定年月日											

事業所コード	事業所名

事業所	所属長	担当者

出産手当金請求書

被保険者記入欄	記号	番号	フリガナ	生年月日	昭・平
	16		氏名		
	現住所				TEL
	適用事業所				標準報酬月額
	取得年月日	平成 令和	喪失年月日	令和	
	分娩予定年月日	令和	分娩年月日	令和	
	分娩のため休んだ期間	令和 . . . ~ . . .			日間
	入院期間	令和 . . . ~ . . .			日間
入院費用	自費・健保・その他 ()		被扶養者の有・無	有・無	

委任状	令和 年 月 日に請求した出産手当金の受領を委任いたします。			委任受領者 事業所名称 所在地 事業所名称 事業所長名
	本人住所 氏名	令和 年 月 日		

※喪失(退職)後の支払方法	令和 年 月 日提出				支払	決議	受付	
	振	銀行 支店						
	込	普/当	No.					
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	名義人 (カタカナ)						

事業主	証記号・番号	16		氏名			
	労務に服さなかった期間	令和	～			日間	
	上記期間中の支払報酬の有・無 一部支払の有・無	支払内訳	期	間	金額	日数	日額
			令和	～			
			令和	～			
			令和	～			
令和			～				
給与支払いの有無の理由							
雇用区分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト						
備考							
欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名称 事業所長名						

※ 労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写しを必ず添付して下さい。

医師又は助産師の意見欄	出産者氏名			
	分娩予定年月日	令和		分娩年月日 令和
	出世児の数	単胎・多胎(児)		生産・死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)
	分娩のために入院した期間	令和	～	入院費の別 自費・健保・その他()
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 担当医氏名			