

決裁年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
支給額	円				
◇注意事項◇ 申請用紙は必ずA3用紙で印刷して下さい。 裏紙は使用しないで下さい。		支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
式	産後	資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	
	円× × 日= 円	資格喪失	平成 令和	年 月 日	

記入例 出産手当金請求書

令和 年 月 日 届出

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	健康 花子	被保険者の氏名	健康 花子
	被保険者住所	名古屋市○区△△町□ー□			
	被保険者資格を 取得した日	昭和 平成 令和	○年○月○日	被保険者の 標準報酬月額	260 千円
	分娩予定日	令和 5年 5月 18日	分娩日	令和 ○○年 5月 20日	
	分娩のため休んだ期間	令和 ○○年 4月 7日 から 令和 ○○年 7月 15日 まで	100 日間		
	上記期間中において報酬の全部 または一部を受けたとき、または は得るときはその期間と金額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 円		
病院または病院等 に入院されたとき	名称および所在地	○○産婦人科			
	年月日および期間	令和 ○○年 5月 19日 から 令和 ○○年 5月 25日 まで	7 日間		

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日
	生産死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)	分娩の状態	正常・異常 単胎・多胎
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 医師の証明をもらってください。 医療施設の名称所在地 医療機関名 医師・助産師名			

事 業 主	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間に対し 賃金を支給しまし た(します)か?	<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 支給しない	
	支給した場合また はする場合は	令和 年 月 日	円
証 明	賃金計算等 について	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他	*勤務表・賃金台帳の写しを添付して下さい
	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 事業主 氏名 電話()局 番		

委 任 状	私は	を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した 出産手当金、金 円也の受領を委任します。 令和 年 月 日
	被保険者	住所 名古屋市○区△△町□ー□ 氏名 健康 花子
	代理人	住所 氏名 事業主の証明が必要です

※資格喪失後(退職後)の請求の場合のみ記入

振 込 先	金融機関名	種別・口座番号	普通 当座
	支店	(フリガナ)	

在職中の方へは事業主を通じてお支払いいたしますので委任状欄へ署名いただき、事業主へ提出してください。
退職後の請求の場合は、被保険者へ直接お支払いいたします。
被保険者名義の振込希望金融機関を振込先欄へご記入下さい。

交付日付印