

決裁年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
支給額	円				
標準報酬	月額 千円	支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
算式	産前 円× × 日= 円	資格取得	昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
	産後 円× × 日= 円	資格喪失	平成 年 月 日		

出産手当金請求書

平成 年 月 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	被保険者の 氏名・押印	(印)	
	被保険者住所				
	被保険者資格を 取得した日	昭和 平成 年 月 日	被保険者の 標準報酬月額	千円	
	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩日	平成 年 月 日	
	分娩のため休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	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 は得るときはその期間と金額	平成 年 月 日から 平成 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	年月日および期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩日	平成 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 平成 年 月 日 医療施設の名称所在地 職名 () 医師・助産師名 (印)			

事 業 主 証 明	業務に服さな かった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	うへの 期間中 の分と して支 払い報 酬関係	全額支給 の場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分 金 円 (月 日支払) 日額 金 円
		一部支給 の場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分 金 円 (月 日支払) 日額 金 円
		支給し ない場合	
うへのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 (印) 電話 () 局 番			

委 任 状	私は 平成 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。 平成 年 月 日 被保険者 住所 氏名 (印) 代理人 住所 氏名 (印)
-------------	---

※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
	支店名	(フリガナ) 口座名義	

受付日付印