


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				
様 ◇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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
	資格取得	昭和 年 月 日 平成 年 月 日			
	資格喪失	平成 年 月 日			
式 産後	円× × 日= 円				


記入例



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	保険証に記載 されています	被保険者の 氏名・押印	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 20年 4月 1日	被保険者の 標準報酬月額	260 千円		
	分娩予定日	平成 26年 5月 18日	分娩日	平成 26年 5月 20日		
	分娩のため休んだ期間	平成 26年 4月 7日から 平成 26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	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	○○産婦人科			
	年月日および期間	平成 26年 5月 19日 平成 26年 5月 25日	日から 日まで	7 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	医師の証明をもらってください。		
		医療施設の名称所在地		
	職名 ()	医師・助産師名 		

事 業 主	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	日額 金 円	
	支給し ない場合	事業主の証明をもらってください。			
証 明	うへのとおり相違ないことを証明します。				
	住所 事業主 氏名	平成 年 月 日 			
	電話 () 局	番			

委 任 状	私は	を代理人と定め、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	名古屋市○区△△町□ー 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
	支店名	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・押印いただき、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。	