

- 注1 ※印欄は記入しないこと。
 2 分娩前、後をいっしょに請求して下さい。
 3 出勤簿(写)
 4 母子手帳(写)(分娩予定日と分娩日の記載されたページ)

出産手当金請求書

常務理事	担当部長	課長	係長	係

※ 整理番号				労務に服さなかつた期間中に報酬の全部又は一部を受けたとき又は受けられるときは	報酬額	円	
被保険者証	記号				報酬期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	自 令和 年 月 日	令和 年 月 日
	番号					至 令和 年 月 日	令和 年 月 日
生年月日	昭和 平成	年	月 日				
※ 決定	日数	自 至	月 月 日 日	医師又は助産婦の意見	分娩日及び分娩予定日に関する医師の意見	令和 年 月 日 分娩	令和 年 月 日 分娩予定
	金額		円× 日 円× 日		円		
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月 日		出生児の数	単胎・多胎 (児)	
資格喪失年月日	平成 令和	年	月 日	住所 氏名			
標準報酬月額	千円	雇用区分	社員・期間社員 限定職社員・関係会社				
事業主証明欄	労務に服さなかつた期間中の報酬支払状況						
	労務に服さなかつた期間	分娩前	令和 年 月 日	日間	上記のとおり請求します。なお本金額の受領を左記の事業主に委任します。 令和 年 月 日		
		分娩後	令和 年 月 日				
	支給した報酬		年 月 日から 年 月 日まで	金 円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所の名称 事業主の氏名							
				住所 氏名			