出産手当金請求書 (第 回)

支給金額	円			
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	—	生年月日	年 月 日
	被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ)	事業所 の名称	
	被保険者 (請求者)の 住所	(フリガナ)	電話番号	()
	被保険者の資格 を取得した日	年 月 日	被保険者の 標準報酬月額	千円
	① 分べん (予定)の日	年 月 日	左記の①分べん日は 実分べんですか、 又は予定分べんですか	1. 実分べん 年 月 日 2. 予定分べん
	②分べんのため休んだ期間 (支給期間)	年 月 日から 年 月 日まで	期間	日間
	上の②に書いた期間の 部分の報酬を受けました か、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬の支払を受けたとき、 又は受けられるときは、その 報酬の額とその報酬支出の基 礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円
	分 べん 入 院 し た と き は そ の 旨	上記の②休んだ期間のうち健康保険 又は公費で入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
		上記②の休んだ期間のうち 自費で入院した期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数 日間
		病院名	病 院 の 所 在 地	
被扶養者がいる ときは、その者の		氏名	生年月日	被保険者との続柄
		備考		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	休んだ期間中 の分として、報 酬を全額又は 一部支給した場 合又は支給す る場合	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円
		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円
		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円
		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 名称 事業主氏名					

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	分 べ ん 年 月 日	年 月 日	分べん予定年月日	年 月 日
	正 常 分 べ ん 又 異 常 分 べ ん の 別	正 常 ・ 異 常	出 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ 月)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	分べんのため入院した ときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで	入院費用 の別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他
	入院した期間のうち健康保 険を適用したときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 職名() 氏名				

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服 さなかった 期間	出勤は ○ 欠席は × 有給は ◎ 早退は ◎ 休日は ◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	月 日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	月 日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	月 日		月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	うへの期 間の賃金 支給状況 および計 算内訳 (賃金の 支給が全 然ない場 合は、0と 記入して 下さい。)	月分及び賃金 計算期間	年 月分 月 日から 月 日まで	年 月分 月 日から 月 日まで	年 月分 月 日から 月 日まで	年 月分 月 日から 月 日まで	賃金形態 月給 (月額 円) 日給 (日額 円) 週給 (週額 円) その他
		基本給	円	円	円	円	
		手当	円	円	円	円	
		手当	円	円	円	円	
		手当	円	円	円	円	
		手当	円	円	円	円	
	合計	円	円	円	円		

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記「委任状」を記入)
※申請者が退職者の方は、公金受取口座を選択できません。個人振込へご記入をお願いします。

個 人 振 込	振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店	普通・当座
		ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号

委 任 状	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者の 住所 氏名	
	代理人の 住所 氏名	