

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	支給金額						円
				内訳	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
支給日	令和 年 月 日				標準報酬日額(2/3)	円	支給日数	日		
決定日	令和 年 月 日			支給実績	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
受付日	令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日	被保険者資格1年以上	有・無			

出産手当金請求書

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者等	記号			番号				
会社名					所属名			
分娩前後の別	<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後		分娩予定日	令和 年 月 日				
			分娩日	令和 年 月 日				
労務に服することができなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		左記期間中において報酬支払を受けた時または受けられる時はその期間及び報酬	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	日間			円				

事業主の証明

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日間
上記期間分として支払った(支払すべき)報酬	円	ただし	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。		事業主代理人(所属長)	認印

医師・助産婦の証明

分娩予定日	令和 年 月 日	分娩の状況	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
分娩日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
上記のとおり相違ないことを証明します。			
令和 年 月 日		職名または住所氏名 住所 氏名	
		認印	

- ※出勤簿(タイムカード等)の写しと賃金台帳の写しを添付してください。
- ※事業主の証明は、資格喪失後の受給の場合には必要ありません。
- ※医師・助産婦の証明は、分娩後の出産手当金の請求には必要ありません。