

出産手当金請求書

被保険者記入欄	社員番号			フリガナ				
	被保険者証	記号		被保険者氏名				
		番号		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	資格取得日	昭・平・令 年月日		資格喪失日	平成・令和	年	月	日
	出産年月日	平成・令和 年月日		出産予定年月日	平成・令和	年	月	日
	出産のため休んだ期間 (請求期間)	平成・令和 年月日から平成・令和 年月日まで 日間						
	上記のとおり請求します。給付金の受領を下記事業主に委任します。	資格喪失後	振込銀行口座をご記入ください。					
	令和 年月日		銀行		支店			
	被保険者 住所		口座番号	普通				
	氏名		フリガナ					
	名義							
医師または助産師の証明欄	出産年月日	平成・令和 年月日		出産予定年月日	平成・令和 年月日			
	分娩の別	正常・異常	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年月日							
	医療機関所在地							
	医療機関名称							
医師または助産師の氏名				印	電話	()		
事業主証明欄	※在職中の期間について証明(被保険者の資格喪失後の期間についての事業主の証明は不要です)							
	下記請求期間にかかる出勤簿及び賃金台帳(給与明細)の写しを添付してください。							
	給与の形態		(該当箇所に○) 時給 · 日給 · 日給月給 · 月給					
	出産のため休んだ期間		平成・令和 年月日から 平成・令和 年月日まで 日間					
	上記のうち給与の支給がなかった期間		平成・令和 年月日から 平成・令和 年月日まで 日間					
	備考欄							
	上記のとおり相違ないことを証明します。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し 請求者に支給します。						受付印	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						印	
	令和 年月日							