

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				
資 格 喪 失 後	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。			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 ㊞					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わ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	(該当箇所には○) 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							
明 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	
	令和 年 月 日						
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊞						