

出産手当金請求書（第 回）

被保険者が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号	記号		番号		② 被保険者 氏名					
	③ 被保険者の 現住所	〒									
		TEL									
	④ 事業所の名称	メルアド									
	⑤ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑥ 出産のため 休んだ期間	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで						
	⑦ 入院して出産した場合その病院・産院の	名称		所在地							
⑧ 振込先 （被保険者名義の 口座を指定）	銀行名		口座番号	1.普通	2.当座						
	支店名		名 義 (加付)								
⑨ 令和 年 月 日 提出											
□本請求書の提出を事業主へ委任します。（事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出する場合は☑）											

医師又は助産師の証明	⑩ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑪ 生産又は 死産の別	生産・死産（妊娠 ヶ月）
	⑩ 出産予定年月日	令和	年	月	日	⑫ 単胎又は 多胎の別	単胎 ・ 多胎
	⑬ 上記のとおり相違ないことを証明する。						
	令和 年 月 日						
住 所							
医療施設名							
氏 名							

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかつ た期間	令和	年	月	日 から	日間
		令和	年	月	日 まで	
	⑮ 上記期間中報酬の全部又は一部を支給したとき					
	※ 明細行が足りない 場合は適宜別紙に て記入し提出して ください。	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	支給額	日額（必須）
		R	R		円	円
		R	R		円	円
		R	R		円	円
		R	R		円	円
		R	R		円	円
	報酬額合計				円	
※支給額の計算元となる給与明細書等写は不要です。上記記載に基づいて支給決定いたします。						
⑯ 上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日						
住所						
事業所名						
事業主名						
担当者氏名						

備考欄											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印