

◎この申請書はA3(1枚)またはA4(2枚/両面不可)で印刷ください

**被保険者
記入上の注意**

- (1) 金融機関名は被保険者名義の口座を記入して下さい。
 - (2) 出産後に請求する場合は⑨欄に出産日を記入するとともに⑦欄に出産予定日を記入して下さい。
 - (3) 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名・日付を明記した翻訳文を添付して下さい。
- 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

※支給 決議書	発議		常務理事	係	被扶養者照合	資格	得喪	年 月 日	年 月 日
	決定額	円		不支給期間		年 月 日から 年 月 日まで		標準報酬	
	支給期間	年 月 日	日間	有給・出勤・法定外		出産日		年 月 日	円
	支給額	月 日	日間	円		出産予定日		年 月 日	円
	法108条	月 日	日間	円		産前		日	産後
	標準報酬		月 額		.000				

(第 ○ 回)

出産手当金請求書

金融機関名	○○	銀行	本店	給与振込	普通	預金の	(か)○○○
	信用金庫	○○	支店	口座番号	○○○○○○○	名義	○○○

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	○ ○ ○ ○	② 被保険者の氏名	昭 ○ 平 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 生
	③ 被保険者の住所	○○○○○○○○ ○○- ○		〒 ○○○- ○○○○ TEL ○○○○○○
	④ 事業所の名称	(株)○○○○○		
	⑤ 被保険者の資格を取得した日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○年 ○月 ○日 <input type="checkbox"/> 令和	⑥ 被保険者の標準報酬月額	千円
	⑦ 出産予定日	令和 ○○年 ○月 ○日	⑦	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	⑨ 出産年月日	令和 ○○年 ○月 ○日		
	⑩ (申請期間) 出産のため休んだ期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日まで ○○日間		
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付資料が必要です。)			
	[備考]			

出産手当金は、女子被保険者が出産のための事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合には、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は、98日)から出産の日後56日目までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。なお、出産の当日は出産の日以前の期間に含まれます。

◎事業所担当者
内容確認(自署)

所属(略号)	氏名
○○○	○○○

支払印

受付印

事業主が証明すること	⑬ 労務に服さなかった期間 月 日 月 日 月 日 月 日 計 日間	記入例:欠勤(報酬無)は[/]・有給(休)は[有]・遅早退は[遅]/[早]・会社の休日は[休]																															
		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	
		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	
		1	2	3	※申請月の1日～末日の勤怠状況を明記																									28	29	30	31
		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	
		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	
	⑭ ⑬の期間中における報酬の支給状況	基本給	すでに支給したか、又は、これから支給するときは 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (月 日支給)																														
	諸手当	内					訳					計																					
		種類	手当	手当	手当	手当	前払退職金	現物支給																									
		住宅																															
月分											円																						
月分											円																						
月分											円																						
月分											円																						
月分											円																						
(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)																																	
⑮上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地、名称 事業主の氏名																																	

事業主証明上の注意

(1) ⑬の労務に服さなかった日⑭の報酬支給の有無は、出勤簿・賃金台帳等により正確に記入してください。

(2) ⑭欄の手当のように欠勤日数に関係なく全額支給するものは「労務に服さなかった日の属する報酬支給期間と支給額」をそのまま記入してください。

なお、手当の呼称が相違するときは、適宜事業所で使用している呼称に書きかえてください。

医師または助産師の記入欄	出産者氏名			
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	出生数の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の数	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヶ月)
	(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号			