

1枚目

※この請求書は2枚一組です。(1枚目:本人記入欄/2枚目:事業主証明欄・担当医師証明欄)

支給支払決議書				常務理事	事務長		担当
支給額							
		円					
全部・一部 不支給	期間			資格取得	年	月	日
	理由		金額	資格喪失	年	月	日
		円					
支払年月日		年	月	日	支給期間		年 月 日 日間

出産手当金請求書

提出日 令和 年 月 日

被保険者証	記号		被保険者 (申請者)の氏名				(印)
	番号		生年月日		昭・平・令 年 月 日		
被保険者 現住所	〒	-			電話番号	固定	- -
						携帯	- -
事業所の名称							
資格取得年月日	昭・平・令	年 月 日		被保険者の 標準報酬月額		千円	
この出産手当金の請求期間は、	・出産前		・出産後		・出産前後		
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(申請期間)	平成・令和	年	月	日	から		
	平成・令和	年	月	日	まで	日間	
上記の出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい		いいえ			
振込先金融機関	銀行		支店		口座番号 普通		

※届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要

2枚目

※ 添付書類:①出勤簿(写)、②賃金台帳(写) が必要となります。

労務に服さなかった期間	平成・令和		年		月		日	から				
	平成・令和		年		月		日	まで	日間			
上記の期間に対して賃金が発生しました(します)か?	はい いいえ	給与の種類	月給		日給月給		賃金計算	締日	日			
			日給		歩合給				支払日	当月・翌月		
			時間給		その他					日		
労務に服さなかった期間分として支払う報酬関係	全額支給した期間又は支給する期間	平成・令和		年		月		日	から	の分	円	日額
		平成・令和		年		月		日	まで			
	一部支給した期間又は支給する期間	平成・令和		年		月		日	から	の分	円	日額
		平成・令和		年		月		日	まで			
支払った報酬の内訳 ※ 種類の該当がない場合は補記して記入	支払月	報酬の名称								計		
		基本給	通勤費	手当	手当	手当	手当	手当	欠勤調整			
		月分									円	
		月分									円	
		月分									円	
		月分									円	

上記のとおり相違ないこと証明します。

令和 年 月 日

所在地

名称

事業主氏名 印 電話番号 ()

医師または助産師が意見を記入するところ	出産者氏名									
	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。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 印 電話番号 ()</p>									