

◎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
	決定額															年	月	日
	支期	給期	年	月	日	日間	円	不支給期間	年	月	日から	日	年	月	日まで	間		
		月	日	日間	円			有給・出勤・法定外										
		月	日	日間	円			出産 日	年	月	日	標準報酬	円					
	法 108 条	月	日	日間	円			出産予定日	年	月	日	月 額	.000					
								産前 日	産後 日									

出産手当金請求書 (第 回)

振込先 被保険者の 口座	銀行 信用金庫	本店 支店	給与振込 口座番号	普通	預金の 名義	(か)
--------------------	------------	----------	--------------	----	-----------	-----

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 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				
	⑤ 被 保 険 者 の 資格を取得した日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	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	⑧ <input 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			
	被保険者等の記号・番号は[資格確認書、またはマイナポータルの[健康保険証情報]をご確認ください。 [備 考]				

◎事業所担当者 内容確認(自署)	
所属(略号)	氏 名

支払印

受付印

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 日め(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 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]																																
		月	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	
		月	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	
		月	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	
		月	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	
		月	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	
		月	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)																															
			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	<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																																