

◎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				円					年	月	日
	支給期	給付期間	年	月	日	日間	不支給期間	年 月 日から 日 年 月 日まで 日間				
		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)

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

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	☐ 昭和 ○○年 ○月 ○日 ☒ 平成 ○○年 ○月 ○日 ☐ 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 ☒ 単 胎 ・ ☐ 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、賃金を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おいては、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。

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]

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	※申請月の1日～ 末日の勤怠状況を明記																									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																															

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

※[事業主証明上の注意](2)参照

諸手当	種類	手当	手当	手当	手当		前払 退職金	現物支給		計
								住宅		
	月分									円
	月分									円
	月分									円
	月分									円

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欄の手段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(月)」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	☐ 単胎・ ☐ 多胎(児)	生産または死産の数	☐ 生産・ ☐ 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