

支給額 ※					常務理事	事務長	係		
支払年月日	平成	年	月	日					
支給期間	平成	年	月	日					
	平成	年	月	日	日間	資格取得日	昭平	年	月
分娩の日	平成	年	月	日	資格喪失日	平成	年	月	日
標準報酬 ※	千円				備考	※			

## 出産手当金請求書

					年 月 日	請求
被保者が記入するところ	被保険者証の記号	番号	被保険者の氏名		印	
	被保険者証の番号	TEL	生年月日			
	現住所					
	事業所名	(内線 )				
	分娩年月日	年 月 日	分娩予定年月日	年 月 日		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)				
	分娩のため休んだ期間 (請求期間)	自	年 月 日	から	日数	日
至		年 月 日	まで			
請求期間分の報酬 (賃金手当) を受けましたか、又は受けませんでしたか					受けた ・ 受けない	
振込希望の銀行	銀行コード			銀行名		
	店番号			支店名		
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号		
	口座名義	カタカナ (必ず記入) 漢字				
医師又は助産師の証明	分娩年月日	年 月 日	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)		
	分娩予定日	年 月 日				
	分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					平成 年 月 日
		住所				
		医師又は助産師の氏名		印		
事業主の証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日から		年 月 日まで	
			日間			
	賃金支給状態	全額支給の場合	年 月 日から		年 月 日まで	
		金	円 ( 月 日支払)		〔日額 金 円〕	
	一部支給の場合	年 月 日から		年 月 日まで		
金	円 ( 月 日支払)		〔日額 金 円〕			
支給しない理由						
上記のとおり相違ないことを証明します。					平成 年 月 日	
		住所				
		事業主の氏名		印		