

### 出産手当金請求書

申請書番号		事業所名		本社																												
所属		総務課		従業員番号																												
被保険者証 記号番号		00001-999999		999999																												
		請求月単位で記入願います		三菱二子 (印)																												
本人記入欄	休業期間	自 1月 1日 至 1月 31日																														
	入院期間	自 1月 10日 至 1月 17日																														
	請求金額の受領を事業主に委任します。 氏名 三菱二子 (印)																															
医師証明欄	出産年月日	年 月 日		出産予定年月日	年 月 日																											
	生産・死産 (妊娠 ヶ月)			単胎・多胎 (児)																												
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住所 医師又は助産師 医療機関名 氏名 (印) 電話 ( ) -																															
事業主証明欄	労働に服さなかった期間	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																														
	自 至	年 月 日	年 月 日	日間	賃金支給額	本給	家族手当	その他	合計	証明印																						
組合記入欄	支給期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	標準報酬	月額	千円	日額	円																							
	種別	支給金日額			支給日数			支給額																								
	出産手当金	円			日			円																								
	事業主より受ける報酬																															
	差引支給額																															
備考				常務理事			事務長			係																						

漏れなく証明してもらって下さい

それぞれ記名・捺印願います

- 【注意】
- 暦月1ヶ月毎に1枚を使用する場合、2回目以降の「医師証明欄」は初回本紙のコピーでも可とする。ただし、本人が記入する欄は、請求月毎で記入・捺印(2ヶ所)すること。
  - 産前産後まとめて1回、または産前と産後の2回など複数月の請求も可とするが「本人記入欄」の休業期間欄へ、当該請求する期間を正しく記入すること。ただし、支払については当該請求期間経過後とする。