

出産手当金請求書

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|----------------|------------|-------|-----|-------------|
| 申請書番号 | | 事業所名 | | | | | |
| 所 属 | | 従業員番号 | 連絡先 電話番号 | | | | |
| 被保険者証 記号番号 | | 氏 名 ① | | | | | |
| 本人記入欄 | 休業期間 | 自 月 日 至 月 日 | | | | | |
| | 入院期間 | 自 月 日 至 月 日 | | | | | |
| | 請求金額の受領を事業主に委任します。 氏 名 ① | | | | | | |
| 医師証明欄 | 出 産 年 月 日 | 年 月 日 | 出産予定年月日 | | | | |
| | 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 ① 電話 () — | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 事業主証明欄 | 労務に服さなかつた期間 自 至 | 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 | 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 日間 | 標準報酬 | 月額 | 千円 | 日額 | |
| | 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 | | |

- 【注意】 1. 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。
2. 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。