

出産手当金支給申請書

(第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ			
	備 考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
	分娩(予定) 年月日	令和 年 月 日	標準報酬の等 級及び日額	級	円		
	労務に服することが できなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ()日間					
	入院して分 娩したとき	病院又は 産院名	病院又は産院 の所在地				
		入院した 期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ()日間				
上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 住 所 被保険者の 氏 名							
医 師 等 の 証 明 欄	分娩予定日	令和 年 月 日	生産・死産 の別	生産・死産 妊娠()ヶ月	分娩の 状態	正常 異常	
	分娩年月日	令和 年 月 日					
	入院の期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで ()日間					
	※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療施設の 名 称 医師・助産師名						
事 業 主 証 明 欄	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで ()日間						
	確認欄A ☐ 上記の期間労務に服しなかった。 ☐ 上記の期間において別添の通り報酬を支給した。		確認欄B この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ☐ ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ☐ ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				
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 名 称 所在地 代表者 氏 名 電 話							
被 保 険 者 が 他 に 給 付 金 の 受 領 を 委 任 す る 場 合							
上記請求に対する金員の受領を に委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者の氏名							
領 収 書							
上記の請求に対する給付金として 金 円也を領収いたしました。 令和 年 月 日 受領者の 住所 氏名							
受 付 印		処 理 欄		理事長	常務理事	事務長	