

# 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号-番号	—	被保険者 の氏名	
	会社名			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の氏名(*)		続柄(*)	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎( 児) (*死産・流産等の場合、記載は不要です。)		
	第1子については冊子「赤ちゃん和妈妈」をお送りしますので✓してください。 →			<input type="checkbox"/> 第1子
	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		
	上記の期間内に報酬の支払いを受けたとき又は 受けられるときは、その期間及び報酬額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円 の分として		
	上記の通り申請し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の郵便番号 — 被保険者の住所 被保険者の氏名			

事 業 主 証 明 欄	出産のため労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
	上記の期間内に報酬の支払いした場合又は 支払いをする場合は、その期間及び報酬額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円 の分として		
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 事業主所在地 事業主名称 事業主(代理人)名			

医 師 等 証 明 欄	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産・死産 の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 氏名			

※退職後に請求する場合は記入(本人名義に限る)

振 込 先	銀行名		支店名	
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	