

### 出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	氏名	(印)				
	事業所名称				生年月日	昭和 平成	年	月	日
	所属部所 ※出向の場合は出向先				◇外線：( )	-			
					◇内線：-				
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日					
	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							
現住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]				◇自宅：( )	-			
					◇携帯：( )	-			
振込先 ※被保険者の振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号	名義				
	銀行コード [ ][ ][ ]	支店コード [ ][ ][ ]	普通	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	フリガナ				
	銀行 信用金庫	支店 出張所	当座	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	氏名				

医師または 助産師の証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日			
	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	
	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		
	医療施設名				氏名 (印)		
	医師・助産師名						

事 業 主 証 明	産前産後 休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( ) 日間																															
		出勤：( ) 日間 有給：( ) 日間 ※半休、遅刻、早退は出勤日数としてカウントして下さい。																															
		上記(産前産後)期間中のうち、出勤した日「-」、有給「O」、欠勤「X」を記入して下さい。																															
		月	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
		月	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
		月	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
		月	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
		月	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
		上記(産前産後)期間中の給与支払状況を月単位で記入して下さい。																															
		支給なし	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( ) 日間																														
	支給あり (A)	給与種類	月給・日給	月給・日給	時間給	締日	日	支払日	当月・翌月	日																							
		(給与支払月)	( 月支払)		( 月支払)		( 月支払)																										
		給与計算期間	月 日～ 月 日		月 日～ 月 日		月 日～ 月 日																										
		基本手当	(@ )		(@ )		(@ )																										
		残業手当																															
	通勤手当																																
	控除 (B)	欠勤	(@ )		(@ )		(@ )																										
		合計 (A) - (B)																															
	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 〒 [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]																																
	事業主名 称 (印) (印)																																
	担当者印 (印)																																

健 保 処 理 欄	支給期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( ) 日間																											
	資格取得日	平成 年 月 日																											
	資格喪失日	令和 年 月 日	備考																										

[受付日付印]