

【受付印】

		支給支払決議書			
		常務理事	事務長	係	不支給の場合
		○			
		資格取得年月日		年	月 日
		資格喪失年月日		年	月 日
		支給開始月を含む直近12ヶ月の平均標準報酬月額		円	
支給額		円			
支給期間(産前)	自 年 月 日	日間			
	至 年 月 日				
支給期間(産後)	自 年 月 日	日間			
	至 年 月 日				
		出手日額		円	
		支給済期間		自 年 月 日	日間
				至 年 月 日	
		備考			

出産手当金請求書(第 回目)

被保険者の	被保険者証の記号番号	-		氏名	
	住所				
⑦分娩(予定)の日	令和 年 月 日	⑧左記の分娩日は実分娩ですか、または予定分娩ですか		1.実分娩(分娩予定日 令和 年 月 日) 2.予定分娩	
分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
上記期間に報酬の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	(産前) 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
	(産後) 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
		受けた報酬額		円	
		受けることができる報酬額		円	
受取方法 (①②いずれか記入)	①在籍中の会社へ委任して下さい	私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名			
	②上記以外振込先を記入して下さい (任継者は記入不要。登録口座へ振込)	銀行 信金・信組 労金・農協	本店・出張所 支店・営業部	普通・当座	
	口座番号	(フリガナ) 口座名義		()	

事業主 証明欄	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
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	(産前) 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間 有給公休
		(産後) 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間 有給公休
	現在までも又、将来も報酬を支給しない場合は、その旨			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 名称 代表者 電話 局() 番				

医師又助産婦証明欄	Certificate of Birth	
	分娩年月日	Date of Delivery :
	生産・死産の別	Live born ・ Stillborn (Months of Pregnancy)
	出生児の数	Number of Birth ・ Single ・ Plural ()
	入院して分娩したときは、その期間	Inpatient From Admission To Discharge Total Days
証明欄	I certify that above descriptions are Certain Date Address Physician or Midwife Singnature	

備考欄	
-----	--

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、備考欄へ記載して下さい。
(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。)

【記入上の注意】

- 1.分娩後に請求する場合は、⑦欄に分娩日を記入するとともに⑧欄に分娩予定日を記入して下さい。また、分娩前に請求する場合は、⑦欄に分娩予定日を記入して下さい。