

|         |                 |      |        |      |    |  |  |  |   |
|---------|-----------------|------|--------|------|----|--|--|--|---|
| 支 給 額   |                 |      |        |      |    |  |  |  | 円 |
| 内 訳     | 出 産 手 当 金       |      |        |      |    |  |  |  | 円 |
|         | 出 産 手 当 金 付 加 金 |      |        |      |    |  |  |  | 円 |
| 出 産 日   | 令和              | 年    | 月      | 日    |    |  |  |  |   |
| 支 給 期 間 | 令和              | 年    | 月      | 日    | 日間 |  |  |  |   |
|         | 令和              | 年    | 月      | 日    |    |  |  |  |   |
| 前 回     | 令和              | 年    | 月      | 日    |    |  |  |  |   |
|         | 令和              | 年    | 月      | 日    |    |  |  |  |   |
| 産前・産後   |                 | 報酬日額 | 給与支払期間 | 給与日額 |    |  |  |  |   |

|           |      |     |   |     |
|-----------|------|-----|---|-----|
| 決 議       | 常務理事 | 事務長 |   | 担当者 |
|           |      |     |   |     |
| 伺 年 月 日   |      |     |   |     |
| 支 払 年 月 日 |      |     |   |     |
| 資 格 取 得 日 |      | 令和  | 年 | 月 日 |
| 資 格 喪 失 日 |      | 令和  | 年 | 月 日 |
| 備 考       |      |     |   |     |

※上記枠内は記入しないでください。

## 出 産 手 当 金 請 求 書

### 出 産 手 当 金 付 加 金

1 2 3

被保険者(申請者)記入用

|                       |           |           |   |
|-----------------------|-----------|-----------|---|
| 被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報 | 被保険者証の 記号 | 番号        | 生年月日<br><input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
|                       | (フリガナ)    |           | 年 月 日   |
|                       | 氏名・印      | 印         | 自署の場合は押印を省略できます。  |
| 住所                    | (〒 - )    | (都 道 府 県) |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)      | TEL ( )   |           |   |

|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| 振 込 先 指 定 口 座 ( 退 職 し た 方 ) | 金融機関<br>名称  | (銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店)<br>(農協) (漁協) (出張所)<br>(その他) ( ) (本所) (支所) |
|                             | 預金種別  | 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知   |
|                             | 口座番号  | 左づめでご記入ください。   |
| 口座名義                        | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) |  |

必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

|                             |                |                                |                        |
|-----------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 ( 在 職 中 の 方 ) | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | 令和 年 月 日               |
|                             | 氏名・印           | 印                              | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|                             | (〒 - ) TEL ( ) |                                |                        |
| 代理人<br>(口座名義人)              | 住所             |                                |                        |
| 氏名・印                        | (フリガナ)         | 印                              |                        |

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|       |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 | 印 |
|-----------------------|---|

# 出産手当金 出産手当金付加金 請求書

1

2

3

被保険者(申請者)・医師・助産師記入

|      |   |  |                          |           |           |     |    |       |     |    |     |   |   |
|------|---|--|--------------------------|-----------|-----------|-----|----|-------|-----|----|-----|---|---|
| 申請内容 | 1 | 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。              | <input type="checkbox"/> | 1. 出産前の申請 | 2. 出産後の申請 |     |    |       |     |    |     |   |   |
|      | 2 | 出産予定日と出産日をご記入ください。                                 | 出産予定日                    | 令和        | 年         | 月   | 日  | ----- | 出産日 | 令和 | 年   | 月 | 日 |
|      | 3 | 出産のため休んだ期間(申請期間)                                   | 令和                       | 年         | 月         | 日から | 日間 | 令和    | 年   | 月  | 日まで |   |   |
|      | 4 | 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。        | <input type="checkbox"/> | 1. はい     | 2. いいえ    |     |    |       |     |    |     |   |   |
|      | 5 | 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和                       | 年         | 月         | 日から | 円  | 令和    | 年   | 月  | 日まで |   |   |

|           |                    |                             |                                   |           |                             |                                    |    |   |   |   |  |
|-----------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------|-----------------------------|------------------------------------|----|---|---|---|--|
| 医師・助産師記入欄 | 出産者氏名              |                             |                                   |           |                             |                                    |    |   |   |   |  |
|           | 出産予定年月日            | 令和                          | 年                                 | 月         | 日                           | 出産年月日                              | 令和 | 年 | 月 | 日 |  |
|           | 出生児の数              | <input type="checkbox"/> 単胎 | <input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 児 | 生産または死産の別 | <input type="checkbox"/> 生産 | <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週) |    |   |   |   |  |
|           | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | 令和                          | 年                                 | 月         | 日                           |                                    |    |   |   |   |  |
|           | 医療施設の所在地           |                             |                                   |           |                             |                                    |    |   |   |   |  |
| 医療施設の名称   |                    |                             |                                   |           |                             |                                    |    |   |   |   |  |
| 医師・助産師の氏名 | 印                  | TEL                         | ( )                               |           |                             |                                    |    |   |   |   |  |

「事業主記入用」は3ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

