

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長		係

支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	支給金額						
不支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	支給開始日	令和 年 月 日						

出産手当金請求書(第 回)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の記号番号		記号	番号	標準報酬日額		円				
	被保険者(請求者)の氏名			被保険者の生年月日		昭和 平成	年	月	日		
	被保険者(請求者)の住所						電 話				
							— —				
	事業所の名称				資格取得年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	
	分娩年月日		令和 年 月 日								
	分娩のため休んだ期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	左の期間に報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その期間及び報酬の額		日間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間		円	
	入院したとき	産院又は病院名				所在地					
入院期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日 日間									

事業主の 証明欄	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	所在地
	上記期間労務に服さなかったことを証明する		名称
	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	事業主名
		円支給した	

医師又は 助産師の 意見欄	自 令和 年 月 日 入院 至 令和 年 月 日	日間	住所氏名印
	令和 年 月 日 分娩予定		
	令和 年 月 日 分娩		

支払金融機関の欄	銀行		農協		本店
	金庫				支店
	普通・当座	口座番号	口座名義人		(フリガナ)

令和 年 月 日

受 付 印