



支給決定額	
資格取得日	平・令 年 月 日
資格喪失日	令 年 月 日

伺年月日	令和 年 月 日			
常務理事	事務長	課長	係長	係

記入例

請求期間		不支給期間	
令和 年 月 日から	日間	令和 年 月 日から	日間
令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで	
支給期間		支給額	
令和 年 月 日から	日間	標報日額 (2/3) × 日 =	
令和 年 月 日まで		(産前 日 ・ 産後 日 一括決定)	

記号番号は、「資格情報のお知らせ」で確認できます

出産手当金支給申請書 (第 回)

令和 年 月 日請求

被 保 険 者 が 記 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください								
	記号	100	番号	999							
	被保険者氏名	〇〇 〇〇		生年月日	昭和 平成	〇	年	〇	月	〇	日
	事業所名称	〇〇 信用金庫		被保険者の住所	〇〇市〇〇町〇-〇						
		令和 6 年 11 月 2 日	出産年月日	令和 6 年 10 月 28 日							
	請求期間	令和 6 年 9 月 17 日から	出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか		はい ・ いいえ						
		令和 6 年 12 月 23 日まで									
	金融機関名	信用金庫 店		預金種別	1 普通 2 当座	口座番号					

無給になった日から産後56日まで

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から	日間	左記のとおり相違ないことを証明する。						
		令和 年 月 日まで		令和 年 月 日						
	上記期間の報酬について	支給した		労務に服さなかった期間の出勤簿と賃金台帳の写しを添付してください						
	報酬を支給した期間	令和 年 月 日から	日間	事業所の所在地		事業所の名称				
		令和 年 月 日まで		事業主の氏名						
	支給した金額	円								

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日						
	出産時の数	単胎 ・ 多	医師・助産師に証明をもらってください		生産 ・ 死産 (週)					
	医療施設の所在地	令和 年 月 日								
	医療施設の名称									
医師・助産師の氏名	電話番号									

受付印