決裁日付印

支給決定額	
資格取得日	平・令　年　月　日
資格喪失日	平・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

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

出産手当金支給申請書

（第　回）

愛知県信用金庫健康保険組合理事長　様　　令和 2 年 8 月 25 日請求

下記のとおり請求します

無給になった日から出産後56日まで

被保険者が記入するところ					
被保険者証の記号・番号		被保険者（請求者）の氏名		生年月日	
（記号）100	（番号）999			昭和 平成	2 年 10 月 25 日
事業所名称	○○　信用金庫	被保険者の住所	○○市○町○-○		
出産予定日	令和 2 年 5 月 7 日	出産年月日	令和 2 年 5 月 5 日		
請求期間	令和 2 年 4 月 1 日から 令和 2 年 6 月 30 日まで	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		
金融機関名	○○　信用金庫　○○　店	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	0 1 2 3 4 5 6

事業主の証明			
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	左記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日	
上記期間の報酬について	支給		
報酬を支給した期間	令和 令和　年　月　日まで　日間	事業所の所在地 名称	
支給した金額	円	事業主の氏名	

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

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・		・死産（　週）
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		電話番号	令和　年　月　日

医師・助産師に証明をもらってください

R5. 10

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・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。

受付印

マイナンバー