



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

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

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 入 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	番号					
	被保険者氏名		生年月日	昭平	年	月 日	
	事業所名称		被保険者の住所				
	出産予定日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日			
	請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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			

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 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 所在地 事業所の 名称 事業主の 氏名
	上記期間の報酬について	支給した ・ 支給しない		
	報酬を支給した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	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 ・ 多胎 (児)		生産または死産の別	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