

A3用紙でご申請ください

支給決定伺

支給額	円				
支給期間 (日間)	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日				
支給日額	円				

出産手当金支給申請書

[記号] - [番号: 右づめ] 令和 年 月 日提出

被保険者証の記号・番号		-		被保険者の氏名	
被保険者の住所	(〒 -)			TEL ()	
事業所の名称					
出産予定日	令 年 月 日	出 産 日	令 年 月 日		
出産のため休んだ期間	令 年 月 日から	令 年 月 日まで	日間		

委任状

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。(被保険者と代理人との関係 : _____)

令和 年 月 日

被保険者の住所
氏名 ㊟

代理人の住所
(口座名義人) 氏名 ㊟ TEL ()

振込先	金融機関の名称	銀行・金庫 信組・農協 その他()	本店・支店 出張所 本所・支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	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字としてご記入下さい。)	

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合には、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。)

備考		受付日付印
----	--	-------

医師または助産師の意見

出産者氏名					
出産予定日	令 年 月 日	出 産 日	令 年 月 日		
正常出産または異常出産の別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		
出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
上記のとおり相違ありません。					
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 TEL ()					

事業主証明

労務に服さなかった期間	令 年 月 日から	令 年 月 日まで	日間			
労務に服さなかった期間中の賃金の支払状況について、次のいずれかに☑してください。						
<input type="checkbox"/> 現在までも、将来も支給しない。						
<input type="checkbox"/> 全部支給、または一部支給した(する)。 ※下記にその内訳を記入してください。						
	自	至	日数	支給額	日額	備考
令 年 月 日	令 年 月 日	日間	円	円		
令 年 月 日	令 年 月 日	日間	円	円		
令 年 月 日	令 年 月 日	日間	円	円		
令 年 月 日	令 年 月 日	日間	円	円		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 TEL ()

※勤務表・賃金台帳の写しを添付してください。