

支給決定欄	支払日	令和 年 月 日				常務理事	事務長	係	係
	支給金額	円							
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日							
	支給金額	平均報酬月額	円 日額		円				

出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号-番号	—				氏名					
	マイナンバー(個人番号)										
	住所	〒									
		TEL() —									
	分娩年月日	令和 年 月 日				分娩予定年月日	令和 年 月 日				
	死産、流産の理由										
本人名義の口座を届出てください。											
振込希 望口座	金融機関コード:	支店コード:			普通預金口座番号	口座名義人					
	銀行	支店				(フリガナ) (名義)					

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日			生産・死産の別	生産・死産・流産(妊娠 ヶ月)				
	分娩予定年月日	令和 年 月 日			出生児数	単胎・多胎()児				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日									
	所在地 医療機関 施設名称 医師・助産師氏名					印				

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)								
	上記の期間中の分として支給する報酬額	全額支給		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			一部支給			
	支給しない場合はその旨	全額不支給								
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日									
所在地 事業所 名称					印					

上記のとおり請求します。

住所

氏名

印