

受付印	支給決定期間	年 月 日から	常務理事	事務長	係	係
		年 月 日まで 日間				
	支給決定額	円				

## 出産手当金請求書

被保険者記入欄	記号一番号	—	事業所名			
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所(電話)				TEL	
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日		
	出産のため休んだ期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)				
事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)				
	給与を支給した期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)				出勤有給
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
医師または助産師記入欄	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日		
	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 ( ヵ月)		出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
	医療機関の所在地		医療機関の名称		医師・助産師の氏名	
受取金融機関	銀行	(預金種目)	口座番号			
	信金	1. 普通	..... (フリガナ)			
	農協	支店	2. 当座	口座名義		
	信組					
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。			【代理人】 (口座名義人)		
	【本人】	年 月 日				
	「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」			住所		
	氏名			氏名		
標準報酬日額		支給率	支給日額	支給日数	支給額	
円		2/3	円	日	円	