

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	10 - 123456	事業所名	西部ガス(株)		
	氏名	西部 華子	生年月日	H2 年 3 月 4 日		
	住所(電話)	福岡市中央区天神7-7-7		TEL	092-123-4567	
	出産予定日	R2 年 1 月 2 日	出産日	R2 年 1 月 2 日		
	出産のため休んだ期間	R1 年 11 月 22 日～ R2 年 2 月 27 日 ( 98 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。 <b>事業主 記入欄</b> 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名					
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。 <b>担当医師 記入欄</b> 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 ④ TEL					
受取金融機関	※資格喪失後又は任意継続の方は、振込先をご記入ください。 銀行 (預金種目) 口座番号 信金 普通 (フリガナ) 農協 支店 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。 【本人】 R2 年 1 月 23 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 西部 華子		【代理人】 (口座名義人) 住所 <b>事業主 記入欄</b> 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		