

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。 事業主 記入欄						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。 担当医師 記入欄						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	※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	口座名義			
	信組	事業主 記入欄					
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】	R2 年 1 月 23 日		住所 事業主 記入欄			
	「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」			氏名			
	氏名	西部 華子		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		