

同年月日	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日
支給額	円			
支給期間	自 令和	年	月	日
	至 令和	年	月	日
支給基礎	標準報酬平均			
	月額	千円	控除額	円
	日額	円		
日額	円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円			

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	係員

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日

委任	
	渡

出産手当金申請書

本人記入欄	被保険者証 記号・番号	・	所属事業所名				
	被保険者住所						
	分娩予定日	令和	年	月	日	予定	
	分娩日	令和	年	月	日	分娩	
	分娩のため 休んだ期間	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	分娩機関名称						
	上記機関所在地						
上記の通り申請し、給付金の受領は _____ に委任します。 _____ 令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)							

事業所確認	

事業主証明欄	被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号	.	被保険者氏名							
	給 与 の 種 類	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> その他()				
	労務に服さなかった 期 間	令和 年 月 日から				日間				
	上 記 期 間 を 含 む 賃金計算期間について 報 酬 を 支 給 し た 状 況	<input type="checkbox"/> 有給休暇 (取得した日:)								
		<input type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・住宅・家族) <input type="checkbox"/> その他 () <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">の分として</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">→ 1か月分</td> <td>_____ 円支給した。</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">→ / ~ / 分を日割り計算し</td> <td>_____ 円支給した。</td> </tr> </table>					の分として		→ 1か月分	_____ 円支給した。
の分として										
→ 1か月分	_____ 円支給した。									
→ / ~ / 分を日割り計算し	_____ 円支給した。									
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 住 所 名 称 事業主 氏 名										

注意事項

※申請期間中の日について、勤務管理台帳(写)と、賃金台帳(写)もしくは給与明細(写)を添付して下さい。

医師または助産師の意見欄	対 象 者 氏 名					
	分 娩 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	単胎 どちらかに○ 多胎 (児)			
	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日				
	正 常 分 娩 ま た は 異 常 分 娩 の 別	正常・異常	生 産 ま た 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月 数)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 分娩機関 住 所 名 称 氏 名 (職 名) (電 話 - -)					