

記入例

支給決定伺

		決裁年月日		平成 年 月 日			
		同年月日		平成 年 月 日			
理事長	常務理事	標準報酬日額		円		支給決定額	
		法定	%	円×	日	法定	円
		付加	%	円×	日	付加	円
事務長	係			円×	日	計	円
		支給期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	

出産手当金請求書
出産手当金付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 111 番号 12345		
	被保険者の 氏名印	フリガナ フジクラ ハナコ 藤倉 花子 (藤倉印)	被保険者の 生年月日	昭和 58年7月1日 平成
	被保険者の 現住所	(〒0000-0000) (TEL 0000-0000-0000) 東京都江東区00 1-1 00マンション101		
	事業所の名称	株式会社フジクラ		
	被保険者の資 格を取得した 年月日	昭和 18年4月1日 平成	被保険者の 標準報酬月額	260 千円
	この請求は、出産前のものですか、出産後のものですか。		<input type="checkbox"/> 出産前 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後	
	出産前の請求のときは、出産予定日 出産後の請求のときは、出産予定日と出産日		出産 予定日	平成 25年7月5日
	出産のため 休んだ期間		平成 25年5月25日から 平成 25年8月30日まで 98 日間	
	上記の出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。		<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない	
	[受けた] (今後受ける) と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支 払の基礎となった (なる) 期間を記入してください。		平成 25年5月25日から 7 日分 平成 25年5月31日まで 4,200 円	
給与振込口座 を記入	振込希望の銀行	00 銀行 00 支店 (普通 当座 第 1234567 号) フジクラ ハナコ 口座名 (カタカナ)		

給付金の受取り
を委任する場合
のみ記入

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します 平成 年 月 日	
	被保険者 住所 氏名	Ⓜ
	代理人の フリガナ 氏名と印	Ⓜ
代理人の 住所		

平成25年9月10日提出

受付日付印

事業主が証明

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	産休 定休	日 日	
	労務につかなかった期間のうちの賃金支払い状況			給与の種類 (○で囲んでください)		
	(1) 支給しない (現在も将来も支給しない場合は(1)を○で囲んでください。)			月給	日給	日給月給
	(2) 全部または一部支給した (する) 場合はその内訳			時間給	歩合給	その他
		月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	
	日数					
	基準賃金					
	通勤手当					
	家賃補助					
	その他 ()					
その他 ()						
計						
日額 (計 ÷ 日)						
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名 ㊟						
電話 ()						

医師または助産婦が証明

医師または助産婦が意見を書くところ	出産年月日	平成 年 月 日	生産予定年月日	平成 年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月週)	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)			
	入院して出産したときは、その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日				
	医療施設の所在地				
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名 ㊟					
電話 ()					