

出 産 手 当 金 支 給 請 求 書

請求日 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号と番号	記号 番号	被保険者の 氏名・生年月日	⑩ 昭和・平成 年 月 日生		
	被保険者の 住所	(〒 -)			TEL	
	事業所 の名称					
	今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか。			・ 出産前の申請 ・ 出産後の申請		
	上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入下さい。 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入下さい。			出産予定日	年	月 日
				出 産 日	年	月 日
	分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで			日間	
	うへの期間中出勤した があるときはその月日	月 日から 月 日まで	日間	うへの期間中有給休暇を とった日があるときはその 月 日	月 日から 月 日まで	日間

- | | |
|------------------|---|
| 注
意
事
項 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 出産手当金が支給されるのは、分娩の日以前 42 日(双児以上の場合は 98 日)間、分娩の日以後(分娩日は産前) 56 日間のうちで
仕事を休んだ日数分です。
分娩の日が分娩予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます。 2. 被保険者の資格を喪失した者が請求する場合、請求期間の内在籍していた日があるときは、事業主の証明を受けてください。 3. この請求書を提出するときは、請求期間経過後に提出して下さい。 |
|------------------|---|

〈 受 付 印 〉

【被保険者の方へ】

事業主証明、医師または助産師の意見が必要となりますので

【出産手当金支給請求書 2/2】もご手配ください。

