

支給期間	令和 年 月 日 から	資格取得 資格喪失	平成 令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	令和 年 月 日 まで		令和 年 月 日			
支給額	円	支給日	令和 年 月 日			

出産手当金支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入	被保険者証：記号		被保険者証：番号		事業所	氏名	フリガナ			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	住所	〒 - - TEL - -						
	出産予定日			令和 年 月 日		出産前の申請、出産後申請の別				
	令和 年 月 日			令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 出産前の申請		<input type="checkbox"/> 出産後の申請		
医 師 ・ 助 産 師 記 入	出産の為に 休んだ 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	備考						
	出産者氏名		出産予定日	令和 年 月 日	出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎		児		
		出産日	令和 年 月 日	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産		ヶ月 週			
上記のとおり相違ないことを証明いたします。							令和 年 月 日			
所在地： 名称： 氏名：										
事 業 主 記 入	※1 労務に 服さなかった期間		令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間				
	※1 の 期 間 中 の 報 酬	<input type="checkbox"/> 全額支給	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			円	日間	
			令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			円	日間	
		<input type="checkbox"/> 一部支給	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			円	日間	
			令和 年 月 日	～	令和 年 月 日			円	日間	
支給しない 場合その旨										
上記のとおり相違ないことを証明いたします。							令和 年 月 日			
所在地： 名称： 氏名：										
委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。									
	被保険者 (申請者)		住所	：						
		氏名	：							
代理人 (事業主)		所在地	：							
		事業所名称 及び氏名	：							

受 付 印