

支給決定 同	支給決定金額		標準報酬月額	千円	常務理事	事務長		担当者
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給日数		支給回数		前回支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日
	支給基礎	法第102条	日額	円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円	資格関係		年 月 日取得 年 月 日喪失	受付印
		法第108条 該当期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間		備考		
	分娩日	年 月 日 分娩 予定日						

出産手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入する ところ	記号	番号	被保険者氏名	生年月日	事業所名	
				年 月 日		
	被保険者の現住所		〒 TEL - -			
	分娩予定年月日	令和 年 月 日	単胎または多胎妊娠の別	単胎 多胎 ( 人)		
	分娩年月日	令和 年 月 日				
	分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	分娩のために休んだ期間の 報酬支払いの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	報酬の支払い有の場合	報酬支払対象期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
		報酬額		円		
	振込指定 口座	銀行	支店	普通	口座番号 口座名義人	
					フリガナ.....	
委任状	下記代理人に出産手当金受領に関する権限を委任します。 被保険者の氏名 代理人の住所 氏名 被保険者との関係( )					

事業主が証明する ところ	労務に服さなかった期間				左の期間に対する報酬支給の有無	
	年 月 日から 年 月 日まで	日間	内(具体的な日付を記入)		<input type="checkbox"/> 支給あり <input type="checkbox"/> 支給なし	
	日間は出勤・有給・その他のため除く				給与の種類	
	上記期間に報酬の支給がある場合はその期間及び金額				<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他( )	
	基本給	円	月 日 ~ 月 日	日分	賃金計算	
	通勤手当	円	月 日 ~ 月 日	日分		
	手当	円	月 日 ~ 月 日	日分	締日	日
	手当	円	月 日 ~ 月 日	日分	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
	現物給付	円	月 日 ~ 月 日	日分		日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					
医師または助産師の証明	出産者氏名		出産予定日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出産児の数	単胎・多胎 ( 児)		生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関等所在地 医療機関等名称 医師(助産師)の氏名					