

## 出産手当金請求書 (第 回)

令和 3 年 4 月 26 日

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証		②被保険者の氏名・生年月日		大日 次子	
	記号	111	番号	222346	平成 5 年 5 月 10 日	
	③被保険者の現住所		〒000-0000 東京都大陽市日酸町2-3-4			
	④事業所名		〇〇株式会社			
	⑤今回の出産手当金の請求は出産前のものでしょうか、出産後のものですか				出産前 ・ 出産後	
	⑥ 出産前の請求ときは出産予定日をご記入ください			出産予定日 令和 3 年 2 月 5 日		
	⑥ 出産後の請求のときは、出産予定日と出産日をご記入ください。			出産日 令和 3 年 2 月 8 日		
	⑦出産のため休んだ期間		自 令和 2 年 12 月 26 日		101 日間	
		至 令和 3 年 4 月 5 日				
⑧上記の(出産のために休んだ)期間中に報酬を受けたとき、又は受けられるときは、その期間とその報酬		報酬を受けた(受けられる)期間		報酬金額		
		自 年 月 日		円		
		至 年 月 日 日間				

医 師 ま た は 助 産 師 記 入 欄	出産者名		大日 次子	
	出産予定年月日	令和 3 年 2 月 5 日	出産年月日	令和 3 年 2 月 8 日
	単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎	生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	医療施設の所在地		東京都〇〇区〇〇5-5-5	
医療施設の名称		〇〇産科小児科医院 (電話 00 - 0000 - 0000 )		
医師・助産師の氏名		〇〇 〇〇		

受付印

\_\_\_\_\_

[注]1・2ページ見開き(A3サイズ)、もしくは両面(A4サイズ)で印刷してください。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間		自	令和 2	年	12	月	26	日	101 日間
			至	令和 3	年	4	月	5	日	
	上記の期間の分として報酬	支払	全部支給した または支給 できる場合	年	月	日から	の分として	金	円	(日額)
			一部支給した または支給 できる場合	年	月	日まで	(月	日支払)	金	円
		現在までも また将来も 支給しない理由	現在までも、また将来も支給しない							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 3 年 4 月 26 日										
事業所 住所 東京都〇〇区〇〇1-2-3										
事業主 氏名 〇〇株式会社										
			電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 番							

委任状	令和 3 年 4 月 26 日
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。
	被委任者
	事業所名及び 〇〇株式会社
	事業主名 〇〇 〇〇
	被保険者氏名 大日 次子

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通 ・ 当座 ・ その他( )
口座番号	
口座名義	フリガナ