〔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。

出産手当金請求書（第　　回）

記入例

令和 ○ 年 ○月 ○日

被保険者の記入するところ

①被保険者の 記号	11	番号	2345
②被保険者の氏名・生年月日	大日　次子	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
③被保険者の現住所	〒000-0000 東京都○○区○○2－3－4		
④事業所名	○○株式会社		
⑤今回の出産手当金の請求は出産前のものですか、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。	出産予定日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出 産 日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
⑦出産のため休んだ期間	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○○ 日間	
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 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	報酬金額 円	

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 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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。　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療施設の所在地　東京都○○区○○5－5－5

医療施設の名称　○○産科小児科医院　（電話　00 － 0000 － 0000 ）

医師・助産師の氏名　○○ ○○

受 付 印

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	自 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○○ 日間
上記の期間の分として 支払う報酬 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 年 月 日まで （ 月 日支払）	日額 金 円
上記の期間の分として 支払う報酬 一部支給した または支給できる場合	年 月 日から の分として 金 円 年 月 日まで （ 月 日支払）	日額 金 円
現在までにも また将来も 支給しない理由	現在までにも、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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

事業所 住所　東京都○○区○○1－2－3
名称　○○株式会社
事業主 氏名　○○ ○○
電話　00 （ 0000 ） 0000 番

委任状

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。

こちらの欄は事業所担当者記入欄です。

被委任者 事業所名及び 事業主名	○○株式会社 ○○ ○○
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