

この欄は記入しないで下さい

支給（支出）決定伺					常務理事	事務長	担当
支給額	円	支給 期間	自 年 月 日	日間			
			至 年 月 日				
支給 基礎	標準報酬 月 額 (平均)	千円	法108条 調整	円	決 定	年 月 日	
	法102条	標準報酬日額	円	円	取 得	年 月 日	
		円 $\times \frac{2}{3} \times$	日 =	円	喪 失	年 月 日	

出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証記号番号		被 保 険 者 の 氏 名 及 び 住 所	なまえ				⑩
	記号			住 所				
	第 号							
	事業所の名称			被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額		千円		
	分べん年月日		年 月 日 分べん			単胎・多胎 妊娠の別	単胎・多胎	
	分べん予定日		年 月 日 分べん予定					
	分べんのため 休んだ期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			日間		
	上記の期間分の報酬を受けたか 又は受けられるか			受けた・受けない・受けられる・受けられない				
	報酬支払を受けたとき、又は受け られるときは、その報酬とその支払の 基礎となった期間			年 月 日から		円		
				年 月 日まで		日間		
入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか					入院分べん・入院外分べん			
入 院 し て 分 べ ん し た と き	病院又は 産 院 名		その施設の 所 在 地					
	入院期間		年 月 日から			年 月 日まで		日間
	入院期間の 費用内訳		健 保		年 月 日から		年 月 日まで	
自 費			年 月 日から		年 月 日まで		日間	
		その他		年 月 日から		年 月 日まで		日間

○被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときはこの事業主証明はいりません

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	上記の期間中の報酬と関係	全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 (月 日支払) 円
		一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 (月 日支払) 円
	現在まで支給したのか 又は将来支給するのか	支給した・支給していない・支給する・支給しない	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 ⑩			

◎死産の場合は妊娠幾箇月の死産であるかを該当欄に記入してください

医師又は助産師が証明するところ	分べん年月日	年 月 日	単胎・多胎 妊娠の別	単胎・多胎	
	分べん予定日	年 月 日			
	正常分べん又は異常分べんの別	正 常 異 常	生産又は死産の別	生産 死産(妊娠 ヵ月)	
	入院したときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間		
	上記の入院期間の費用内訳	健保	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日まで	日間
		自費	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日まで	日間
		その他	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日まで	日間
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医師又は助産師 住所 氏名 ⑩ 電話 — —					