

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長		係

支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	支給金額						
不支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	支給開始日	令和 年 月 日						

記入例

出産手当金請求書

被保険者等の記号番号	記号	6	3	番号	8	1	2	3	4	5	6	標準報酬月額	記入不要	円
被保険者(請求者)の氏名	山田 花子										昭和 年 月 日 平成 0 4 0 9 0 8			
被保険者(請求者)の住所	〒 3:6:0-0:0:0:1 熊谷市野原1234										電話 080 - 1234 - 5678			
事業所の名称	リケンNPR株式会社					資格取得年月日		平成 28 年 4 月 1 日 令和						
分娩年月日	令和 8 年 7 月 26 日					出生時の数		単胎 多胎( 児)						
分娩のため休んだ期間	自 令和 8 年 6 月 10 日 至 令和 8 年 9 月 20 日		103 日間			左の期間に報酬支払を受けたとき、又は受けられるときは、その期間及び報酬の額		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		記入不要 円				
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 8 年 9 月 30 日 被保険者氏名(自署) 山田 花子													

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。  
←番号は左詰めでご記入ください。



←報酬の期間・金額は事業所記入欄です。記入は不要です。

←事業所が代理で受領し、給与口座へ振り込む形式をとるため、委任状のご記入をお願いします。必ず手書きでご記入ください。

振込先指定口座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄へ記入)													
	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 その他( ) 出張所 本所 支所										(フリガナ)			
普通・当座	口座番号					口座名義人								

←退職される方はご記入ください。原則給与にいれるため、在職中の方は記入不要です。

医師又は助産師の意見欄	出産予定年月日	令和 8 年 7 月 21 日	出産年月日	令和 8 年 7 月 26 日
	出生児の数	単胎 多胎( 児)	生産または死産の別	生産 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 8 年 7 月 28 日			
	医療施設の所在地 埼玉県熊谷市熊谷1-2-3			
	医療施設名称 熊谷産婦人科医院			
	医師・助産師の氏名 熊谷 良子 TEL 048(1234)1234			

←医師・助産師の証明をいただくか、母子健康手帳の出生届出済証明のコピーを添付してください。

事業主の証明欄	自 令和 8 年 6 月 10 日 自 令和 8 年 9 月 20 日	103 日間	事業所所在地	東京都千代田三番町8-1
	上記期間労務に服さなかったことを証明する。		事業所名称	リケンNPR株式会社
	自 令和 8 年 6 月 15 日 自 令和 8 年 9 月 6 日	84 日間	事業主氏名	代表取締役社長 ○○ ○○○
	728,000円支給した。			

←事業所の証明欄です。記入は不要です。

令和 8 年 9 月 30 日

受付年月日

←所属事業所担当に提出する日を入れてください。

※ この申請書は、所属事業所担当を経由して提出してください。