

支給 期間	令和 年 月 日 から	資格 取得	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	令和 年 月 日 まで 日間	資格 喪失	令和 年 月 日			
	支給額	円	支給日	令和 年 月 日		

出産手当金支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入	被保険者等：記号		被保険者等：番号		事業 所			氏 名	フリガナ				
	生 年 月 日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	住 所	〒 - Tel - -									
	出産予定日			出産日			出産前の申請、出産後申請の別						
	令和 年 月 日			令和 年 月 日			☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請						
医 師 ・ 助 産 師 記 入	出産の為 休んだ 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	備 考										
	出産者氏名		出 産 予 定 日	令和 年 月 日	出 産 児 の 数	☐ 単胎 ☐ 多胎 児							
			出 産 日	令和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	☐ 生産 ☐ 死産 ヶ月 週							
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。									令和 年 月 日			
	所在地： 名 称： 氏 名：												
事 業 主 記 入	※1 労務に 服さなかった期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	日間										
	※1 の 期 間 中 の 報 酬	☐ 全額支給	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円 日間									
			令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円 日間									
			令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円 日間									
			令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	円 日間									
	支給しない 場合その旨												
委 任 状	上記のとおり相違ないことを証明いたします。											令和 年 月 日	
	所在地： 名 称： 氏 名：												
	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。												
	被保険者 （申請者）		住 所： 氏 名：										
	代理人 （事業主）		所在地： 事業所名称 及び氏名：										

受 付 印