

被保険者氏名	※被保険者、医師、助産師記入用
--------	-----------------

申請内容	① 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
	② ①で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 令和 年 月 日 <hr/> 出産日 令和 年 月 日
	③ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日から <hr/> 令和 年 月 日まで 日間
	④ ③の出産のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	⑤ ④で「はい」と答えた場合、報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 年 月 日から <hr/> 令和 年 月 日まで 日間

医師・助産師記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎	→ (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	→ (妊娠 週)		
	上記の通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									
医療施設の名称										
医師・助産師の氏名										
	電話番号	()								

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

※事業主記入用

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																																												
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください																															出勤	有給																												
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日																									
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日																									
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日																									
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日																									
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か		<input type="checkbox"/> はい										<input type="checkbox"/> いいえ										賃金計算	締日	日																																					
																						支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日																																				
給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給										<input type="checkbox"/> 日給										<input type="checkbox"/> 日給月給										<input type="checkbox"/> 時間給										<input type="checkbox"/> 歩合給										<input type="checkbox"/> その他 ()									
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																																													
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																																																				
	区分		～	月	日分	～	月	日分		～	月	日分																																																	
	基本給	支給額		支給額		支給額																																																							
	通勤手当																																																												
	手当																																																												
	手当																																																												
	計																																																												
上記の通り相違ないことを証明します。																												令和	年	月	日	担当者氏名																													
事業所所在地																																																													
事業所名称																																																													
事業主氏名																												電話番号				()																													

【被保険者の方へ】

・お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

- ・労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。
また、賃金支給状況が分かるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入の上、賃金台帳の写しを添付してください。
- ・労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、出勤簿の写しを添付してください。
- ・記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。