

支給金額	算定基礎	令和 年 月 日				
¥		常務理事	事務長	事務次長	課長	係
支給期間						
自 年 月 日	標準報酬	取得		喪失		
至 年 月 日	月額 千円	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
日間	日額 円	年 月 日(任)	年 月 日(任)	年 月 日(任)	年 月 日(任)	

出産手当金請求書 (第 回目)

被保険者証の 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇	事業所の 名称	〇〇信用金庫
被保険者の資格 を取得した日	平成 令和 〇〇年4月15日	標準報酬 月額	240千円
出産予定年月日	令和〇〇年4月27日	出産した年月日	令和〇〇年4月27日
出生児の数	単胎・多胎 (児)		
労務に服さなかった期間 (支給期間)	令和 〇〇年 3月 17日から 令和 〇〇年 6月 22日まで 98日間		
上記の期間中において報酬を 受けたとき又は受けられる ときは、その報酬額及び期間	1.受けた 2.受けられる 3.受けられない 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間の分として 円		
備考*			
記入欄	上記のとおり請求いたします。 令和〇〇年 6月29日 〒060-0004 住所 札幌市中央区北4条西5丁目 被保険者 氏名 信金 花子		

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

労務に服さな かった期間	令和〇〇年 3月17日から令和〇〇年 6月22日まで 98日間 (出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください)		
〇〇年3月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	出勤 有給	12日
〇〇年4月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	出勤 有給	0日
〇〇年5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	出勤 有給	0日
〇〇年6月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	出勤 有給	0日
上記期間中の分 として報酬を全 額又は一部支給 した場合又は 支給する場合	〇〇年3月1日から〇〇年3月16日まで12日間 〇〇〇〇円 9月0日支払 日額 〇〇〇円 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円 月 日支払 日額 円 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円 月 日支払 日額 円 年 月 日から 年 月 日まで 日間 円 月 日支払 日額 円		
現在まで又は将来も支給 しない場合はその事由			
証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇年 〇 月 〇〇日 事業所名称 〇〇信用金庫 事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇		

出産予定年月日	令和 年 月 日	出産した年月日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎・多胎 (児)		
生産又は死	医療機関等の記入欄		
医師又は助産師の意見欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 医療機関名 医師の証明 (助産師)		