

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

## 出産手当金請求書 (第 1 回目)

被 保 者 の 記 入 欄	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	昭和 平成 〇〇年 4月 15日	標準報酬 月額	240千円
	出産予定年月日	平成 〇〇年 4月 27日	出産した年月日	平成 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)	平成 〇〇年 3月 17日から 平成 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 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間の分として 円		
	備考*			
<p>上記のとおり請求いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 〇〇年 6月 29日</p> <p style="text-align: right;">〒 060 - 0004 住所 札幌市中央区北 4条西 5丁目 1番地 被保険者 氏名 信 金 花 子 (印)</p>				

※ 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。)

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間	平成〇〇年 3月 17日から平成〇〇年 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)	
	28年 3月	① ② ③ ④ 公 公 ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	出勤 12 日 有給 日
	28年 4月	/ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	出勤 0 日 有給 日
	28年 5月	公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	出勤 0 日 有給 日
	28年 6月	/ 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公 公	出勤 0 日 有給 日
の証明欄	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	28年 3月 1日から 28年 3月 16日まで 12日間 〇〇〇〇〇円 〇月 〇日支払日額 〇〇〇〇円	
		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	現在までにも、また将来も支給しない		
明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。  平成 〇〇年 6月 29日  事業所名称 〇〇信用金庫  事業主氏名 理事長 〇〇 △男 (印)		

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