

月額		円	資格取得日		年	月	日	
年		月	日	資格喪失日		年	月	日
年		月	日	備考				

出産手当金請求書

請求年月日を記入してください

令和 2 年 1 月 6 日 請求

被保険者の 証の 番号	記号	11	被保険者の 氏 名 生年月日	光学 花子
	番号	23456		昭和63年8月8日

保険者の 現住所	〒 151 — 7890 TEL 03-1234-5678
東京都渋谷区幡ヶ谷 1 2 3 4	

事業所名 所在地	オリンパス株式会社 (内線 750-)
東京都新宿区西新宿2-3-1	

出産予定日を記入してください
※医師記入欄の日付と一致します
※自然の分娩予定日を記入

分娩年月日	令和 1 年 10 月 26 日	分娩予定年月日	令和 1 年 10 月 24 日
-------	------------------	---------	------------------

生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)
------	--

単胎、多胎の別
該当する方へ
チェックしてください
※医師記入欄
の記載と一致

ため休んだ 期間 (請求期間)	自	令和 1 年 12 月 8 日	から	日数	14	日
	至	令和 1 年 12 月 21 日	まで			

期間分の報酬（賃金手当）を受けましたか、又は受 けませんでしたか	☐ 受けた ☒ 受けない
-------------------------------------	---

一部でも報酬
を受けた場合
は「受けた」
にチェックし
てください

によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈社 住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。	☐ 拒否
---	-----------------------------

となりますので、「振込を希望する銀行の欄」に記入してください。

行コード	0009	銀行名	〇〇〇銀行
店番号	123	支店名	△△△支店
金種目	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号	1234567
口座名義	カタカナ（必ず記入）	コウガク ハナコ	
	漢字	光学 花子	

育児誌「赤
ちゃんとマ
マ」の送付が
不要の場合に
チェックして
ください
なお、退職後
の出産で、出
産時に資格が

この記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。
記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。

☐ 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 ☒）