

支給決定額 _____ 円 (健保組合使用欄)

出 産 手 当 金 請 求 書

記号 — 番号	事業所の名称	被保険者氏名				
— ※1						
住所			電話番号			
〒 —			() —			
分娩予定日	令和 年 月 日	分娩年月日	令和 年 月 日			
分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日			
出生児の数	<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児(児)					
(委任の場合) _____ を代理人として上記金額の受取方を委任します。						
(振込先金融機関名)	支 店 名	預金種別	(口座番号)			(口座名義)
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店	1. 普通 2. 当座				ふりがな

医師又は助産師の証明欄	分娩予定日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヵ月)(日)
	分娩年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎(児)
	令和 年 月 日 上記の通り相違ないことを証明する。 所在地 医師又は助産婦名			

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。