



申請内容	1	今回の出産手当金の申請は、出産前、出産後のどちらの申請ですか。	1. 出産前の申請 2. 出産後の申請				
	2	上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日のみご記入ください。 また、「出産後の申請」の場合は、出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	令和	年	月	日
			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
			令和	年	月	日	まで
	4	上記の出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ				
5	上記で1. はいの場合は、その報酬とその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	
		令和	年	月	日	まで	
		報酬額	円				
6	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎⇒（ 児）					

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 日）			
	上記のとおり相違ないことを証明する。									
	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 ( )										

「事業主記入用」は3ページに続きます&gt;&gt;

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

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。

申請内容	出産者氏名																																				
	就労状況【出勤は○】【有給は△】【公休は公】【欠勤は／】をそれぞれ記入してください。																												出勤	有給							
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	令和	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		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		賃金計算		締日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日		日																	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入してください。																																					
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。																															
			～ 月 日	～ 月 日	～ 月 日																																
	区分	支給額	支給額	支給額																																	
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	手当																																				
手当																																					
現物給与				担当者 氏名																																	
計																																					
上記のとおり相違ないことを証明する。																																					
令和 年 月 日																																					
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】

・お勤め先の事業所に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】

- ・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- ・給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- ・賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- ・労務に服することができ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、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。