

出産手当金支給申請書

医師または助産師が記入するところ	出産者氏名				
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 （ 児）	生産または 死産の別	生産 ・ 死産 （妊娠 週）	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
医 療 施 設 所 在 地					
医 療 施 設 名 称					
TEL （ ）					
医師・助産師氏名					

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	給与の種類	☐ 月給 ☐ その他 ☐ 時給（時給： 円） ☐ 日給（日給： 円）
	上記の期間に対して賃金を 支給しました(します)か？	☐ はい →下記に内訳を記入して下さい ☐ いいえ	給与支払日 ☐当月 ☐翌月 欠勤等の 控除日 ☐給与支払月 ☐給与支払月翌月
報酬名	支給対象期間	支給額	有休日額 *申請期間中に有休がある場合記入
基本給	月 日～ 月 日	円	円／日 賃金計算方法 *申請期間中、欠勤等の控除がある場合、計算方法等 詳細を記入(添付の賃金台帳に記入でも可)
通勤手当	月 日～ 月 日	円	
	月 日～ 月 日	円	
	月 日～ 月 日	円	
	月 日～ 月 日	円	
	月 日～ 月 日	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。			証明日：令和 年 月 日
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名		TEL ()	