

出産手当金申請書 (2)

| | | | |
|---------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
| 事業主が記入するところ | ⑬ 6 労務に服さなかった期間 | 平成 24 年 5 月 29 日から 平成 24 年 9 月 4 日まで | 99 日間 |
| | ⑭ ⑦ 全額支払した場合または支払する場合 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | 金 円 の分として (月 日支払) 日額金 円 |
| | ④ 一部支払した場合または支払する場合 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで | 金 円 の分として (月 日支払) 日額金 円 |
| | ⑯ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨 | 現在までも また将来も 支給しない | |
| うえのとおり相違ないことを証明します。 | 平成 24 年 9 月 24 日 | | |
| ⑮ 住所 | 東京都港区〇〇2-2 | | |
| 事業主 | 株式会社 〇〇運送 | | |
| ⑯ 氏名 | 〇〇 二郎 | 電話 | 03 (xxxx) xxxx 番 |

| | | | | |
|------------------|-----------------------|---|---------------------------|----------|
| 医師又は助産師が意見をかくところ | ⑱ 分娩年月日及び分娩予定年月日 | 平成 24 年 7 月 10 日 平成 24 年 7 月 9 日 | 分娩 分娩予定 | |
| | ⑲ 分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別 | 正常 ・ 異常 | ⑳ 分娩後のときは、生産又は死産の別及び出産児の数 | |
| | ㉑ 入院して分娩したときは、その期間 | 平成 24 年 7 月 8 日から 平成 24 年 7 月 15 日まで | 8 日間 | ㉒ 入院費用の別 |
| | うえのとおり相違ありません。 | 平成 24 年 7 月 20 日 | | |
| ㉓ 職名 () | 〇〇〇クリニック | | | |
| ㉔ 氏名 | 〇〇 三郎 | 電話 | 03 (xxxx) xxxx 番 | |

12、印はハッキリと押し、印もれないように注意して下さい。
13、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印 (①から⑬までの訂正箇所には④の印、⑬から⑯までの訂正箇所には⑰の印、⑱から㉔までの訂正箇所には⑳の印) を訂正印として押しして下さい。

お勤め先の事業所に証明を受けてください。

〈事業主の方へ〉

6 分娩のため労務に服することができなかった期間を記入してください。

【事業主への注意事項】

- ⑭の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全部または一部の意味です。
- ⑭の⑦と④にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載してください。
- 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは事業主の証明を要しません。
- 請求に際しては被保険者の賃金台帳、出勤簿をご提示ください。

〈医師または助産師の方へ〉

7 「分娩年月日」「分娩予定日」を記入してください。

【医師または助産師への注意事項】

- ⑲、⑳および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
- ㉒欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾週の死産であるかを当該欄に付記してください。

【共通する注意事項】

- 印はハッキリと押し、印もれないように注意してください。
- 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印 (①から⑬までの訂正箇所には④の印、⑬から⑯までの訂正箇所には⑰の印、⑱から㉔までの訂正箇所には⑳の印) を訂正印として押ししてください。

事業主の注意事項
5、⑭の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全部または一部の意味です。
6、⑭の⑦と④にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載して下さい。
7、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは事業主の証明を要しません。
8、請求に際しては被保険者の賃金台帳、出勤簿をご提示下さい。

医師又は助産師への注意事項

9、⑲、⑳および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
⑱欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾週の死産であるかを当該欄に付記して下さい。