



事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係	㊦ 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで ( 月 日支払) 金 円
		㊧ 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで 金 円
	㊨ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 氏名 電話 ( ) 番			

事業主への注意事項

- ⑭の㊦と㊧にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。
- ⑭の㊨欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載して下さい。
- 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、証明を行う必要があります。

医師又は助産師が意見をかくところ	⑮ 分べん年月日又は分べん予定年月日	平成 年 月 日 分 べん 平成 年 月 日 分 べん 予定	
	⑯ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	㉑ 分べん後のときは、生産又は死産の別 正常・異常	生産・死産(妊娠 月)
		㉒ 単胎または多胎の別	単胎 多胎
⑰ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	㉓ 入院費用の別	健保・自費 ----- 公費・その他
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 職名 ( ) 住所 氏名 電話 ( ) 番			

医師又は助産師への注意事項

- ⑮の「分べん、分べん予定」、⑰、⑱、㉒および㉓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、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
- 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、㉒、㉓以外の証明については記載を省略しても結構です。

支払金融機関の欄	支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	預金種別	※ 1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	口座名義	健保 愛子
	金融機関コード	※				
	口座番号		0000000000			郵便局

委任状

私は 年 月 日に請求した出産手当金及び同付加金、金 円也の受領を委任します。  
平成 年 月 日

住所 氏名 印  
-----  
住所 氏名 印

- 共通する注意
- 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
  - 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⑰までの訂正箇所には④の印、⑱から⑳までの訂正箇所には㉑の印、㉒から㉓までの訂正箇所には㉒の印)を訂正印として押して下さい。
  - ⑩、⑪の(B)、(12)の(B)の(ウ)、⑬および(22)の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。