

出産給付手続依頼書

ADR 社会保険労務士法人 御中

社員（正社員・パート・アルバイト）に出産に関する保険給付事項が発生したため手続きを依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

印

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日
氏名		マイナンバー	—		—	
住所						
職種		TEL				
雇入年月日	S・H・R	年	月	日	職種経験期間	

休業日	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
休業見込		月・週・日							
特記事項									
診療されている病院名									

※マイナンバーは郵送等でも構いません。マイナンバーの書かれた用紙はマイナンバーを塗りつぶすか用紙を破棄します。

分娩日	H・R	年	月	日	生産・死産	生産児数	人	死産児数	人
フリガナ					妊娠経過時間	ヶ月 週			
出生児氏名					出生児の続柄				
配偶者氏名					配偶者生年月日	T・S・H	年	月	日

ADR 社会保険労務士法人			ADR,LLC	
マスタ	手続	File	マスタ	チェック

記載内容に関する確認書
提出代行に関する同意書

令和 年 月 日

○事業所名称

○事業所所在地

○事業主氏名

私は、上記の事業主が提出する当該書類（※離職証明書は除く。）の記載内容について、
事実と相違ないことを認めます。

私は、当該書類について、上記の事業主が提出を代行することに同意しています。

○被保険者氏名

㊦

○雇用保険被保険者番号

以上