**出生時育児休業給付金受給資格確認依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名 |  |
|  |
|  |
| フリガナ |  |
| 育児休業者名 |  |
|  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 変更前の氏名 |  |
| 氏名変更年月日 |  |
| 出　産　日 |  |
|  |
| 休業開始日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|  | 〒 |
| 育児休業者の住所 |  |
| 又は居所 |  |
|  |  |
|  | TEL　（　　　　　　）　　　　　　－　　　　　　　　　　　 |
| 毎月の賃金締切日 | 毎月 | 日締 | 当月・翌月　　　　　日払 |
| １週間の | １週 | 時間 | 　分 |
| 所定労働時間 |
| 有期雇用ですか | はい | いいえ |  |

※有期雇用労働者は、子が１歳6か月に達する日までに契約期間が満了かつ更新されない場合、出生時育児休業給付金を受給できません。

添付書類

* 賃金台帳
* 勤務表
* 母子手帳の写し（①子の保護者及び出生届出済証明のページ、②出産予定日が記載されたページの両方）
* 就業規則の写し（休業時賃金の支払がある場合）
* 氏名変更がある場合、氏名変更を確認できる書類は原則不要ですが、内容に不整合等がある場合は

後日提出していただくことがあります。