

## 出産手当金申請書

◎記入方法については裏面の注意事項をご覧ください。

①	被保険者等 記号番号	記号 番号	②	事業所の 名称
③	(フリガナ)			
氏名				
④	〒 _____			
住所		TEL ( _____ )		
⑤	この請求は出産前の期間のもですか、 出産後の期間のもですか、 あるいはその両方の期間のもですか		出産前 ・ 出産後 ・ 出産前後	
⑥	出 産 日 令和 ____年 ____月 ____日	⑦ 出 産 予 定 年 月 日	令和 ____年 ____月 ____日	
⑧	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( _____ ) 児		
⑨	出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日まで		
⑩	上記出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を 受けましたか。	は い ・ い い え		
⑪	上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と その報酬額支払いの基礎となった(なる)報酬	令和 ____年 ____月 ____日から 令和 ____年 ____月 ____日まで	の 分 _____ 円	

委任状	⑫ 出産手当金の受領を下記の代理人に委任します。 令和 ____年 ____月 ____日 被保険者 氏名 _____ (申請者) 受領代理人 氏名 _____ (口座名義人)	令和 ____年 ____月 ____日提出 受付日付印
-----	--	---------------------------------

社会保険労務士の 提出代行印	
-------------------	--

R.6.12

個人番号 記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。	※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状 などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付 が必要になります。
------------------------------------	---

出版健康保険組合

賞金台帳並びに出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	⑬ 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 日間 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休日は□】で、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 年 月   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12   13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給	
	給与の種類				
	⑭ 上記の期間中、労務に服さなかった期間の賃金状況 (該当に○をつけてください。) (1) 支給しない (2) 全部または一部支給した(する)		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	
	(ア) 1日あたりの賞金の全額支給した場合は将来支給する場合 ( _____ 月 日支払) 令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日の分として金 _____ 円(日額金 _____ 円)				
	(イ) 1日あたりの賞金の一部支給した場合は将来支給する場合 ( _____ 月 日支払) 令和 ____年 ____月 ____日 ~ 令和 ____年 ____月 ____日の分として金 _____ 円(日額金 _____ 円)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 〒 _____ 事業所所在地 事業主の氏名 _____		令和 ____年 ____月 ____日 担当者 氏名 _____ 電話 _____		

医師または助産師が意見を書くところ	⑮ 出産年月日 令和 ____年 ____月 ____日	⑯ 出産予定年月日 令和 ____年 ____月 ____日	
	⑰ 出産後のときは正常・異常	⑱ 出産後のときは、 出産又は死産の別	生産・死産(妊娠) 週) _____
	⑲ 異常出産又は 異常出産の別	⑳ 出生児の数	単胎・多胎( _____ ) 児)
上記のとおり相違ありません。 名称 _____ 医療機関の 〒 _____ 所在地 _____ 医師・助産師氏名 _____ 電話 ( _____ )			

◎欄は会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

振込先	銀行 信用金庫 本店 信用組合 支店	口座番号	
	預金種別 普通・当座	フリガナ	口座名義