

健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	被保険者(申請者)の氏名	フリガナ	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	〒	—
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )	—
	出産予定日	令和 年 月 日	
	出産日	令和 年 月 日	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)	
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	上記の期間について報酬(賃金)の支払を受けましたか、または今後受けられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記で「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間と報酬の額をご記入ください	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 円

振込先	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義人(カタカナ)
	銀行名	銀行 支店		預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号		
委任受領する場合	委任者	氏名	Ⓜ	
	受任者	住所 氏名	Ⓜ	

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---

※ 初回請求時には請求期間に対応する出勤簿・賃金台帳の写を添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	ただし、( )は出勤のため除く		
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	
	賃金計算	締日	日	支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日	
	支給した(する)賃金内訳	本給	円	月 日 ~ 月 日	日分
		家族手当	円	月 日 ~ 月 日	日分
		役付手当	円	月 日 ~ 月 日	日分
		通勤手当	円	月 日 ~ 月 日	日分
	その他	円	月 日 ~ 月 日	日分	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	事業所所在地				
事業所名称					
事業主氏名 Ⓜ					
TEL ( ) —					

医師・助産師が記入するところ	出産者氏名			
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	医療施設の所在地			
	医療施設の名称			
医師・助産師の氏名 Ⓜ				
TEL ( ) —				