

出産手当金支給申請書

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	記号 番号	被保険者 氏名・印	フリガナ Ⓜ 自著の場合は押印を省略できます
	現住所 電話番号	(〒 -) 電話番号 ()		昭和・平成 年 月 日
	事業所名			
	資格取得日	平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
	出産予定日	平成 年 月 日	出産日	平成 年 月 日
出産のため 休んだ期間 (申請期間)	(平成) 年 月 日 から 日数 □ 日間 まで			

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 農協 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所
	預金種別	1.普通 3.別段 口座番号 2.当座 4.通知 左づめで ご記入ください。
口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。)	
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。平成 年 月 日 氏名・印 Ⓜ 住所「被保険者が記入 するところ」の住所と同じ 押印省略不可
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名・印 Ⓜ

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

(添付書類)

初回申請時・・・労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿のコピー

受付日付印

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																			
	勤務状況		出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給				
	平成	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	日	日
	平成	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	日	日
	平成	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	日	日
	平成	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	日	日
	平成	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	日	日
	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"/> 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		賃金締日		日																							
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。										賃金支払日		日																							
											<input type="checkbox"/> 当月		日																							
										<input type="checkbox"/> 翌月		日																								
	単価	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																															
基本給																																				
通勤手当																																				
住宅手当																																				
扶養手当																																				
手当																																				
手当																																				
現物給与																																				
総支給額																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 年 月 日		担当者 氏名																								
事業所所在地																																				
事業所名称												Ⓜ																								
事業主氏名																																				
										電話 ()																										

医師・助産師記入欄	出産者氏名																															
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日																												
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)																												
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日																													
	医療機関の所在地																															
医療機関の名称																																
医師の氏名				Ⓜ																												
				電話 ()																												