

# 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 Ⓜ

(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
	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 <input type="checkbox"/> 翌月		日 日																					
	単価		月 日 ～ 月 日分		月 日 ～ 月 日分		月 日 ～ 月 日分		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。																											
			支給額		支給額		支給額																													
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 ( )																		