

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	フリガナ			
	現住所 電話番号	(〒 -) 電話番号 ()					
	事業所名						
	資格取得日	平成・令和 年 月 日			資格喪失日	令和 年 月 日	
	出産予定日	令和 年 月 日			出産日	令和 年 月 日	
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	(令和) 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 2.当座 4.通知	口座番号	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。 令和 年 月 日 氏名 住所「被保険者が記入 するところ」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) 電話 () 住所 氏名				

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	
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	令和 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
	令和 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	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	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。											<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給	賃金支払日		日																		
												<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他	賃金支払日		日																		
													□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。					令和 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	令和 年 月 日	出産年月日	令和 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。				令和 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 ()									