

出産手当金申請書 (第 回目)

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被保険者が記入するところ	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)														
	保険証の記号・番号 (右づめ)				被保険者の氏名及び印				(フリガナ)				年齢				
	6	7							○				歳				
	6	8															
	被保険者の生年月日				被保険者の住所												
昭和 平成 令和 年 月 日				〒 電話 () -													
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													
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。																
	受取方法				代理人												
<input type="checkbox"/> 給与振込				(事業所名)													
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		月度		日		記載要領: 休日「休」、出勤「出」、有給休暇「有」、病欠「病」、リハビリ出勤「リ出」										
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	内容																
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主 会社名 代表者 電話 () -																
医師が証明するところは助産師	出産年月日		令和 年 月 日				出産予定日		令和 年 月 日								
	出産時の数		単胎 ・ 多胎 (児)				生産又は死産の別		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 所在地 医師 医療機関名 氏名 電話 () -																
健保記入欄	支給開始日		令和 年 月 日				同和会扶助金支給額					円					
	月度	標準報酬月額平均	日額	歩合	支給日額 (小数点四捨五入)	支給日数	支給金額 (A)	会社支給額 (B) (1の位を四捨五入)									
		円	円	2/3	円	日	円	÷ 30 = × 日 =									
	支給期間		自: 令和 年 月 日 至: 令和 年 月 日				決定額 (A) - (B)					【計算】 円					

* 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、上部余白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。)
* 申請時に事業主が添付する資料について

* 扶助金 > 出産手当金 扶助金該当支給開始 R×.×.×
* 扶助金なし 支給開始 R×.×.×
* 扶助金 < 出産手当金 扶助金差額 ○○○○

支払印

初回申請時	①給与明細書の写し ⇒ 当該申請書の月度分+前月度分+翌月度分
	②出勤簿 (JOBカード等) の写し ⇒ 当該申請書の月度分 + 前月度分
2回目以降申請時	①給与明細書の写し ⇒ 当該申請書の月度分+翌月度分
	②出勤簿 (JOBカード等) の写し ⇒ 当該申請書の月度分