

支 給 額	円
支 給 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
標準報酬月額	円
不支給理由	

理事長	常務理事	事務長	担当者
受 付 年 月 日	令和 年 月 日		
伺 年 月 日	令和 年 月 日		
決 裁 年 月 日	令和 年 月 日		
支 払 年 月 日	令和 年 月 日		

出産手当金支給申請書（第 回）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険組合理事長殿																																	
	被保険者 住 所 氏 名																																	
	下記のとおり申請します。																																	
	被保険者証 の記号・番号		記 号		番 号		事業所 の名称						資格取得 年 月 日		年 月 日																			
	☐ 分娩前申請 ・ ☐ 分娩後申請				分 娩 日		令和 年 月 日				分娩予定日		令和 年 月 日																					
	分娩のため休んだ期間				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																													
医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	上の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けるまたは受けたときはその報酬額および期間				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円																													
	振込指 定口座		銀行				支店		1.普通 2.当座				口座 名義		フリガナ																			
	分娩予定日		令和 年 月 日				出生 児数		単 胎 多 胎 (児)				生産死 産の別		生 産 死 産 (妊娠 ヶ月)																			
	分 娩 日		令和 年 月 日				上記のとおり相違ありません。 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 電話 ()																											
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	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												
	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
	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
	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
	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
	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
	上記の労務に服さなかった期間の賃金支払状況														給与の種類				賃 金 計 算															
	全額支給した場合 令和 年 月 日から 令和 年 月 日迄 日間分 円 (日額 円) 月 日支払														月給・日給月給 日給・時間給				締日		日													
																			支払日		当月 翌月 日 日													
	一部支給した場合 令和 年 月 日から 令和 年 月 日迄 日間分 円 (日額 円) 月 日支払														備 考																			
一部支給した場合 令和 年 月 日から 令和 年 月 日迄 日間分 円 (日額 円) 月 日支払														担当者氏名																				
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																																		

初回申請分には申請期間とその前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。