

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		
同年月日	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		〇〇年 〇月 〇〇日			
	被保険者		住所 ●●市●●区●●*丁目** - **			
			氏名 ○ ○ ○ ○			
	下記のとおり申請します。					
医師または助産師の意見	被保険者証の記号・番号	記号 **	番号 ****	事業所の名称 株式会社●●●●	資格取得年月日	〇年 〇月 〇日
	<input type="checkbox"/> 分娩前申請 ・ <input type="checkbox"/> 分娩後申請		分娩日	令和 2年 3月 10日	分娩予定日	令和 2年 3月 15日
	分娩のため休んだ期間		令和 2年 2月 2日 から 令和 2年 5月 5日 まで 93 日間			
	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 2年 2月 2日 から 令和 2年 2月 9日 まで 6 日間 48,000 円			
事業主が証明するところ	振込指定口座	〇〇 銀行 〇〇 支店	1.普通 2.当座	1 2 3 4 ** *	口座名義	フリガナ ●●●●●● 〇〇 〇〇
	分娩予定日	令和 2年 3月 15日	出生児数	単胎 (児)	生産死産の別	生産 (妊娠 ヶ月)
	分娩日	令和 2年 3月 10日	上記のとおり相違ありません。			
	医療施設の所在地		令和 〇〇年 〇月 〇〇日		●●市●●区●●*丁目** - **	
医療施設の名称		●●●●産婦人科		医師・助産師の氏名		〇〇 〇〇
		電話		092 (000) 0000		
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。)						
2年2月	①△△△公△△△	10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤	1日	有給	6日
2年3月	△△△公△△△	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	出勤	日	有給	日
2年4月	△△△公△△△	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	出勤	日	有給	日
2年5月	公△△△	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	出勤	日	有給	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		出勤	日	有給	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	
全額支給した場合	令和 2年 2月 2日 から 令和 2年 2月 9日 迄 6 日間分	48,000 円 (日額 8,000 円) 2月 23日 支払	給与の種類	月給・日給月給 日給・時間給	賃金計算	縮日 月末日 支払日 当月23日 翌月 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	〇〇 〇〇		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
		令和 〇〇年 〇月 〇〇日		事業所所在地 ●●市●●区●●*丁目** - **		
				事業所名称 株式会社●●●●		
				事業主氏名 〇〇 〇〇		

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。