

※印欄は記入しないでください。

※支給決議書	支払額	円	常務理事	事務長	会計	担当	担当
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間			資格	得	年 月 日
	備考	決定標準報酬			分娩の日	喪	年 月 日

## 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	社員番号					
	被保険者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の住所	〒 -		電話番号 ( )		
	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				
	上記期間の報酬の全額又は一部を受けたとき、又は受ける事ができるときはその報酬額及び期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間
		受けた報酬額	円	受けることができる報酬額	円	
	入院して分娩したとき	医療機関名				
		所在地				
		入院した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
* 振込希望の金融機関名 (日本国内の金融機関に限る)	銀行 (金融機関コード)		口座番号	(普通・当座)		
	店 (支店コード)		口座名義(カタカナで記入)			

\* 被保険者の口座を記入してください。給付金の受領を他の人に依頼するときは、その方の口座を記入し、下の欄に必要事項を記入してください。被保険者欄は被保険者自身が記入、代理人欄は代理人自身が記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					令和 年 月 日
	被保険者	住所	〒	-		
		氏名				
	代理人	住所	〒	-		
		氏名				

受付日付印

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日までの分として				円	月 日支払
		年 月 日から 年 月 日までの分として				円	月 日支払
		年 月 日から 年 月 日までの分として				円	月 日支払
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨							
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							
電 話							

医師又は助産師が意見を書くところ	分娩予定年月日	令和 年 月 日				分娩予定
	分娩年月日	令和 年 月 日				分娩
	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 ヶ月）		単胎または多胎の別	単胎・多胎	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
住 所						
医療機関名						
氏 名						
電 話						