

※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	得喪	年 月 日 年 月 日
	備考	決定標準報酬			分娩の日	令和 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	1	番号	201X	事業所名称	東京エレクトロン(株)	
	社員番号	12345X						
	被保険者の氏名	山田 サクラ			生年月日	昭和 平成	7年 10月 X日生	
	被保険者の住所	〒 186-00XX 東京都国立市中1					<p>最初の日：予定より早い場合は出産日より42日前の日。 予定より遅れた場合は出産予定日より42日前の日。 最後の日：出産の翌日から56日目。</p>	
	分娩のため休んだ期間	令和 7年12月30日から		令和 8年3月25日まで		86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	〇〇産婦人科病院					
		所在地	東京都府中市〇〇町3-4-X					
		入院した期間	8年 1月 28日 から		8年 2月 2日 まで		6日間	
* 振込希望の金融機関名 (日本国内の金融機関に限る)	三菱UFJ 銀行 (金融機関コード 0005)		口座番号	(普通) 当座)	01010X			
	府中 店 (支店コード 225)		口座名義(カタカナで記入)		ヤマダ サクラ			

* 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	空欄で提出してください。		
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
	上記のとおり相違ないことを証明します。	医師または助産師に記入してもらってください。		令和 年 月 日
	住 所			
医療機関名				
氏 名				
電 話				