

出產手当金申請書

◎ 記入方法については裏面の注意事項をご覧ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記 号 番 号	記号	② 事業所の 名 称		
		番号			
	③ 氏 名	(フリガナ)			
	④ 住 所	〒 ー			
		TEL ()			
	⑤	この請求は出産前の期間のものですか、 出産後の期間のものですか、 あるいはその両方の期間のものですか		出 産 前 ・ 出 産 後 ・ 出 産 前 後	
	⑥ 出 産 日 年 月 日	令和 年 月 日		⑦ 出産予定 年 月 日	令和 年 月 日
	⑧ 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	⑨ 出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで 日間			
	⑩	上記出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。		は い ・ い い え	
	⑪	上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬額支払いの基礎となった（なる）報酬		令和 年 月 日から の分 円 令和 年 月 日まで	

委任状	⑫	出産手当金の受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日	令和 年 月 日提出
		被保険者 (申請者)	氏 名 _____	受付日付印
		受領代理人 (口座名義人)	氏 名 _____	

社会保険労務士 の提出代行印	
-------------------	--

R 6.12

個人番号											※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

賃金台帳並びに出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間		計	出勤	有給
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休日は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。				
	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	締日		
	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			
	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			
	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	支払日	当月・翌月	
	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			
	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			
	⑭ 上記の期間中、労務に服さなかった期間の賃金状況 (該当に○をつけてください。)		給与の種類		
(1) 支給しない (2) 全部または一部支給した (する)		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 ()			
(ア) 1日あたりの賃金の全額支給した場合又は将来支給する場合 (月 日支払)					
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の分として 金 円 (日額 金 円)					
(イ) 1日あたりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合 (月 日支払)					
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の分として 金 円 (日額 金 円)					
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					
事業主の氏名					
担当者 氏名					
電話					

医師または助産師が意見を書くところ	⑮ 出産年月日	令和 年 月 日	⑯ 出産予定年月日	令和 年 月 日	
	⑰ 出産後のときは 正常出産又は 異常出産の別	正常・異常	⑱ 出産後のときは、 出産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
			⑲ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
	名称				
医療機関の 〒					
所在地					
医師・助産師 氏 名					
電話 ()					

⑳欄は会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
			フリガナ	
	預金種別	普通・当座	口座名義	