

出産手当金申請書

◎ 記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

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	〒 - 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 出年月産日	令和 年 月 日	⑦ 出産予定期間 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		
	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 令和 年 月 日まで の分 円		

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	
-------------------	--

R6.12

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 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間														計	出勤 日	有給 日															
	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休日は□】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
	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
	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。) (1) 支給しない (2) 全部または一部支給した(する)														給与の種類																	
															<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。 〒 事業所 所在地 名称														令和 年 月 日																		
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。

(20) 振込先	銀 行 信用金庫 信用組合			本店	口座番号	
				支店	フリガナ	
	預 金 種 別	普 通 ・ 当 座		口 座 名 義		