

# 健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号	(記号) — (番号)	② 事業所名				
	被保険者 (申請者)の	③ 氏名	(フリガナ)	④ 住所	〒 —		
	⑤ 出産予定日	令和 年 月 日	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日	⑦ 出生児の数	単胎・多胎( 児)	
	⑧ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	⑨ 休んだ 期間の 報酬は	受けた(る)・受けない	⑩ ⑨で「受けた(る)」 と答えた場合は、 その期間と報酬額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

**口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」に記入が必要です。**

振込口座	金融機関名 (フリガナ)	支店名 (フリガナ)	預金種別 普通 当座 その他( )	口座番号	口座名義 (フリガナ)
------	-----------------	---------------	----------------------------	------	----------------

**給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。**

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ( )
	令和 年 月 日		住所
	住所	代理人	電話 ( )
	被保険者 (申請者) 氏名		氏名

事 業	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から	ただし	日は出勤	左の期間に報 酬を支給しまし た(します)か	はい・いいえ	報酬計算	締切日
		令和 年 月 日まで	ただし	日は有給				日
業 主 の 証 明 欄	報酬支給 形態	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の 支給方法(欠勤控除方 法)について、具体的に 記入してください					支払日
								当月 翌月
上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)の支払額等について計算期間毎に記入してください。								
		基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
	欠勤しなかった場合の 1カ月の報酬支払額	円	円	円	円	円	円	円
	報酬支払額	月 日	円	円	円	円	円	円
		月 日	円	円	円	円	円	円
		月 日	円	円	円	円	円	円
		月 日	円	円	円	円	円	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						
		事業所名称						
		事業主氏名				電話 ( )		

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	出産者氏名	出産予定日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	受付年月日
	出生時の数	単胎・多胎( 児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日					
		医療機関等所在地				
	医療機関等名称					
	医師(助産師)氏名			電話 ( )		

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)  
 ・ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し  
 大阪自転車健康保険組合