

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号	—		被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	(フリガナ)	
	被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 — 電話 ()				
	事 業 所	名 称				
		所 在 地				
	出 産 予 定 日	令和 年 月 日				
	出 産 日	令和 年 月 日				
	出 産 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	令 和 年 月 日 から	日間			
		令 和 年 月 日 まで				
	う え の 期 間 分 (申 請 期 間) の 報 酬	受 け た ・ 一 部 受 け た ・ 受 け ら れ ない				
	出 産 の た め 入 院 し た 期 間	令 和 年 月 日 から	日間			
令 和 年 月 日 まで						
入 院 費 用 の 別	健康保険 ・ 自費 ・ その他 ()					
被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店	種 別	普 通 ・ 当 座	口 座 番 号 7ケタで記入 口 座 名 義 (カタカナ)	

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代 理 人 氏 名	〒 — 電話 ()

令和 年 月 日提出

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示して下さい。																																			
	令 和 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	出 勤	有 給		
	令 和 年 月																																		日	日
	令 和 年 月																																		日	日
	令 和 年 月																																		日	日
	令 和 年 月																																		日	日
	うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳 (月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出)																																			
	種 類	支 給 額	1日当りの額	支 給 期 間		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入下さい。																														
	基 本 給	円	円	月 日	~	月 日																														
	役 付 手 当	円	円	月 日	~	月 日																														
家 族 手 当	円	円	月 日	~	月 日																															
通 勤 手 当	円	円	月 日	~	月 日																															
	円	円	月 日	~	月 日																															
	円	円	月 日	~	月 日																															
計	円	円	月 日	~	月 日																															
労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由																																				
被 保 険 者 の 業 務 内 容	給与の種類		月 給 ・ 日 給 ・ 日 給	月 給	時 間 給 ・ 歩 合 給	賃 金 計 算	締 日	日																												
			その他 ()				支 払	日																												
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担当者氏名																																				
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名 電話 ()																																				

◎申請期間分と申請期間前1ヶ月分(通常勤務日分の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。)

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 す る と こ ろ	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	出 産 予 定 年 月 日	令 和 年 月 日	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎	生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)	
	出 産 の た め に 入 院 し た 期 間	令 和 年 月 日 から	左 記 の 期 間 の 内 健 康 保 険 ま た は 公 費 で 入 院 し た 期 間	令 和 年 月 日 から	日 間
		令 和 年 月 日 から		令 和 年 月 日 まで	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
医療施設の所在地					
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名 電話 ()					

(千葉県トラック健康保険組合)