

# 出産手当金支給申請書

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様		令和 年 月 日 申請		
下記のとおり申請します。				
被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名	
	記号	番号	印	
			生 年 月 日	
			昭和 年 月 日	
			平成 年 月 日	
	被保険者(申請者)の住 所		〒 -	
	事業所の名称			
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	資格喪失年月日	令和 年 月 日	出 産 年 月 日	令和 年 月 日
	被保険者の標準報酬月額	千円	出 産 年 月 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 令和 年 月 日 まで 日間			
上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。		受けた ・ 受けない		
上記で「受けた」「受けられる」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日から	の分として 円	
		令和 年 月 日まで		
本申請に基づく給付金に関する受領を ..... ⑩ に委任します。				
令和 年 月 日		被保険者(申請者)氏名 ⑩		
受領の委任をしないとき	振込希望金融機関名	信用金庫 店	口座番号	
			口座名義	
			ふりがな	

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を	出産者氏名			
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出 産 年 月 日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )
	上記のとおり相違ありません。		※所在地・名称等はできるだけゴム印を使用してください。	
	令和 年 月 日	医療機関所在地	医療機関の名称	医師の氏名
			電 話 番 号	
			⑩	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	該当者氏名				
	労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	
	労務に服さなかった期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は、支給する場合	自 令和 年 月 日	の分として	支給金額 円	
		至 令和 年 月 日		支給日額 円	
		自 令和 年 月 日	の分として	支給金額 円	
		至 令和 年 月 日		支給日額 円	
	給与の種類・賃金計算	月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他		締日 日	支払日 当月・翌月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名	
令和 年 月 日	事業所所在地	事業所名称	事業主名	⑩	

【注意事項】

・「出産のため休んだ期間」は、産前産後98日間(多胎の場合は154日間)のうち労務に服さなかった期間を記入してください。

【添付書類】

- ・賃金台帳の写し(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ヵ月分)
- ・出勤簿の写し(同上)