

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 平成 27 年 9 月 7 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		印	生年月日		
	記号	番号	健康良子		健康	昭和	1年6月15日	
	7	0	1	2	3	4	平成	
	被保険者(申請者)の住		〒110-2222 岐阜県土岐市泉町5-6-7					
	事業所の名称		東海信用金庫					
	資格取得年月日		昭和・平成	22年	4月	1日	出産予定年月日	平成 27年 7月 3日
	資格喪失年月日		平成	27年	6月	1日	出産年月日	平成 27年 7月 3日
	被保険者の標準報酬月額		240千円					
	出産のため休んだ期間(申請期間)		平成 27年 5月 23日 から 平成 27年 8月 28日 まで 98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		平成 27年 5月 1日 から		平成 27年 5月 31日 まで		の分として 238,490円		
本申請に基づく給付金に関する受領を 〇に委任します。								
受領の委任をしないとき		振込希望金融機関名		東海信用金庫 本店		口座番号 0123456 口座名義 健康良子		

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産者氏名	健康良子						
	出産予定年月日	平成 27年 7月 3日		出産年月日	平成 27年 7月 3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。							
	平成 27年 9月 1日		医療機関所在地		岐阜県土岐市泉町1		医療機関の名称	
		医療機関の名称		泉総合病院		医師の氏名		
		医師の氏名		泉健太郎		電話番号		
		電話番号		0572-11-1234		泉総合病院		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	該当者氏名	健康良子					
	労務に服さなかった期間	自	平成 27年 5月 23日	至	平成 27年 5月 31日	9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、支給する場合は、支給する場合	自	平成 27年 5月 23日	の分として	支給金額	71,547円	
		至	平成 27年 5月 31日	の分として	支給日額	7,950円	
		自	平成 年 月 日	の分として	支給金額	円	
		至	平成 年 月 日	の分として	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	末日	支払日	当月翌月 20日
上記のとおり相違ないことを証明します。							
平成 27年 9月 3日		事業所所在地		岐阜県多治見市本町1-1-1		事業所名称	
		事業所名称		東海信用金庫		事業主名	
		事業主名		理事長 東海一郎		理事長	

【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)