

出産手当金支給申請書

被保険者の記入欄	被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所名			
	被保険者氏名				被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の住所	〒 -					
	被保険者の連絡先	電話番号	- -		携帯番号	- -	
	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					
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。						
	振込先	銀行名	支店名		種別	口座番号	<small>公金口座を利用する</small>
					普通		<input type="checkbox"/>
	① 今回の出産手当金の申請は、出産前ですか、出産後の申請ですか。					いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請		
② 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産予定日と出産日を記入してください。					出産予定日	令和 年 月 日	
					出 産 日	令和 年 月 日	
③ 上記療養のため休んだ期間(申請期間)に対する報酬を受けましたか、または今後受けられますか。						報酬額	
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		報酬の基礎となった期間		令和 年 月 日 ~ 年 月 日	円		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				令和 年 月 日 ~ 年 月 日	円		

医師の証明欄	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		
	出生児の数	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>			生産または死産の別	
		<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児 (児)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日		所在地 :				
		医療機関名 :				
大阪読売健康保険組合 殿		医師の氏名 :				
		電 話 :		()		

<添付書類> 出勤簿および賃金台帳の写し (出産手当金支給申請期間の月分と前1か月分の出勤簿および賃金台帳を提出してください)						
支給申請期間に対して賃金を支給しましたか		給与の種類		賃金計算		
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		締日		
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他		支払日 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)		
				日 □ 当月 日 □ 翌月 日		
支給申請期間に対する賃金支給状況を記入してください。						
事業主の証明欄	賃金種別		賃金計算期間	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
	月 給			円	円	円
	日 給			円	円	円
	通勤交通費	月数記入又は <input checked="" type="checkbox"/> か月分 <input type="checkbox"/> 日額				
	支給期間	月 日～ 月 日		円	円	円
	支給額			円		
	その他1	()		円	円	円
	その他2	()		円	円	円
	その他3	()		円	円	円
	総支給額				円	円
※賃金計算方法(欠勤・休職控除等)を記入。						
賞与支給が年4回以上ある事業所は、出産手当金支給申請期間を含む賞与支給対象期間の賞与支給予定を記入してください。						
賞支給予定	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		※申請時の標準報酬月額算定基礎となった報酬月額に含んだ賞与額を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		報酬月額に含んだ賞与額 円			
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日		所在地 :				
担当者氏名 :		事業所 名称 :				
		代表者氏名 :				
		電 話 : ()				

備考	
----	--

社会保険労務士記入欄

受付印