

出 産 手 当 金 支 給 申 請 書

| | | | | | | | | | |
|---------------|-----|----|----|----------------|-------|-----|-------------|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 | 支給期間： 日間（内 日間） | | | 出手標準日額（調整前） | | 受 付 印 |
| | | | | | | | 円 | | |
| | | | | 自) 年 月 日 | | | 標準報酬月額 | | |
| | | | | 至) 年 月 日 | | | 月 | 月 | |
| | | | | 支給日数 | 調整後日額 | 調整額 | 月 | 月 | |
| 支給決定日 年 月 日 | | | | 月 | 日× | @ | 交・前 | 月 | |
| 全部 ・ 一部 ・ 不支給 | | | | 月 | 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 |
| 支給決定額 | ¥ | | | 月 | 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 |
| | | | | 月 | 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 |

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|----|--------------|-------|------------|--|------|----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号番号 | 記号 | 番号 | 被保険者の 氏 名 | | | | | |
| | 被保険者の 現住所 | 〒 | | | | | | | |
| | 被保険者の 電話番号 | | | | 生年月日 | S・H 年 月 日 | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | |
| | 資格取得日 | S・H・R 年 月 日 | | | 資格喪失日 | H・R 年 月 日 | | | |
| | 出産のために休んだ期間 (申請期間) | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | 計 日間 | |
| | 上記期間中に報酬を受 けましたか（または今後 受けられますか） | <input type="checkbox"/> はい → 下記に内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分として【 円】 | | | | | | | |
| | 振込先 | 銀行名 | | | | 口座番号 | | | |
| | | 支店名 | | | | 口座名義（カタカナ） | | | |
| | ワールド健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | 令和 年 月 日 |
| 氏 名 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--------------------|-------------|--|--|-----------|----------------|--|--|
| 医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | | | 出産予定日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎（ 胎） | | | 生産または死産の別 | 生産 ・ 死産（妊娠 ヶ月） | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | | |
| 医師・助産師の氏名 | | | | | | | | |
| ※訂正された場合には、二重線で末梢し正しい内容をご記入の上、訂正された医師の署名（または押印）をお願いいたします。 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|---------------|----|----------|---|--|----|
| 事 業 主 証 明 欄 | 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで | | | | | | 日間 |
| | 上記の期間に対して、報酬を支給しました（します）か <input type="checkbox"/> はい → 下記に内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |
| | 上記の期間に対し て、報酬の全部ま たは一部を支給し た（する）場合 | 交通費 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 | 全額 ・ 一部※ | 円（ 月 日分） | | |
| | | 前払 退職金 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 日間 | 円 | <input type="checkbox"/> 前払（ 月に ヶ月分支給済） <input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> 精算有（ 月分を 月精算） <input type="checkbox"/> 欠勤控除なし | | |
| | 事業所所在地 | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---|--|--|------------|--|--|----|----------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 | | | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者（請求者） 住 所 氏 名 | | | | | | | | |
| | 代理人の住所 | 〒 | | | | | | | |
| | 代理人の氏名 | | | | | | | 続柄 | |
| 振込先 | 銀行名 | | | | 口座番号 | | | | |
| | 支店名 | | | | 口座名義（カタカナ） | | | | |

訂正箇所のある場合は二重線で末梢の上、訂正者の署名（または押印）が必要です

出産手当金支給申請書

| | | | | | | | | |
|-------|---------------|-------|----------------|-------|-----|------------------|---|-----|
| 常務 | 記入例 | 担当 | 支給期間： 日間（内 日間） | | | 出手標準日額（調整前） 円 | | 受付印 |
| | | | 自）年 月 日 | | | 標準報酬月額 | | |
| | | | 至）年 月 日 | | | 月 | 月 | |
| | | | 支給日数 | 調整後日額 | 調整額 | 月 | 月 | |
| | | 支給決定日 | 年 月 日 | 月 日× | @ | 交・前 | 月 | |
| | 全部 ・ 一部 ・ 不支給 | 月 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 | | |
| 支給決定額 | ¥ | 月 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 | | |
| | | 月 日× | @ | 交・前 | 月 | 月 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------|-------------|------------|---------|---|-------------|---|---|---|---|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被保険者証の 記号番号 | 記号 1 2 3 | 番号 4 5 6 7 8 | 被保険者の 氏名 | 健保 花子 | | | | | | | |
| | 被保険者の 現住所 | 〒123-4567 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者の 電話番号 | 090-1234-5678 | | 生年月日 | S・H 2年3月4日 | | | | | | | |
| | 事業所名称 | (株)〇〇 | | | | | | | | | | |
| | 資格取得日 | S・H・R 22年2月2日 | | 資格喪失日 | H・R 年 月 日 | | | | | | | |
| | 出産のために休んだ期間 (申請期間) | 令和 4年 1月 19日 ~ 令和 4年 4月 26日 | | | | 計 98 日間 | | | | | | |
| | 上記期間中に報酬を受け ましたか（または今後 受けられますか） | <input type="checkbox"/> はい → 下記に内訳を記入してください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日までの分として【 円】 | | | | | | | | | | |
| | 振込先 | 銀行名 | 兵庫 | | 口座番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | 支店名 | 神戸 | | 口座名義（カタカナ） | ケンポ ハナコ | | | | | | |
| ワールド健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | 令和 4年 5月 7日 | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 健保 花子 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|----------------------------|--|---------|----------|--|-------|
| 医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | | 出産予定日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 | | (妊娠 ヶ月) | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します | 医師が証明(記入)されます 本人記入は不要です | | | | | 年 月 日 |
| | 医療機関所在地 | | | | | | |
| | 医療機関名称 | | | | | | |
| | 医師・助産師の氏名 | | | | | | |
| ※訂正された場合には、二重線で末梢し正しい内容をご記入の上、訂正された医師の署名（または押印）をお願いいたします。 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------|---|-----------------------|-------|-----------------------------|--|----|--|
| 事 業 主 証 明 欄 | 労務に服さなかった期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで | | | | 日間 | |
| | 上記の期間に対して、報酬を支給しました（します）か | | | | | | |
| | 上記の期間に対し て、報酬の全部ま たは一部を支給し た（する）場合 | 交通費 | 年 月 日 | 事業主が証明(記入)されます 本人記入は不要です | | | 円（ 月 日分） |
| | | 前払 退職金 | 年 月 日 | | | | <input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> 欠勤控除なし |
| | 事業所所在地 | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--|--|------------|--|--|----------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | 本請求に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 | | | | | | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者（請求者） 住所 氏名 | | | | | | |
| | 代理人の住所 | | | | | | 〒 |
| | 代理人の氏名 | | | | | | 続柄 |
| 振込先 | 銀行名 | | | 口座番号 | | | |
| | 支店名 | | | 口座名義（カタカナ） | | | |

訂正箇所のある場合は二重線で末梢の上、訂正者の署名（または押印）が必要です