

出産手当金支給申請書 ①

※ 申請書は①・②の2枚ありますので、2枚とも提出してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所 の名称	標準報酬 月額	千円		
	資格取得年月日	昭・平・令	年 月 日	資格喪失年月日	平・令	年 月 日	
	分娩予定年月日	令和	年 月 日	分娩年月日	令和	年 月 日	
	休んだ期間 (請求期間)	分娩前	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
		分娩後	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	日間
	うへの期間の報酬(賃金)の 全部または一部を受けたとき または受けられるときはその 報酬額および期間	令和 年 月 日 から 日分として 令和 年 月 日 まで _____ 円					
払 渡 希 望 銀 行	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <input checked="" type="checkbox"/> 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。						
	銀行	本店	普通・当座	No.			
	信用金庫	支店	フリガナ				
	信用組合	本所					
	農協	支所	口座名義人				
	令和 年 月 日 提出	住所	被保険者 -----				
	〒 □□□-□□□□	氏名	-----				
		生年月日	昭・平	年 月 日			
	必ず記入してください。						
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)			<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 委任する場合はマイナンバーを記載して申請するときは「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」などの添付が必要です。			
	備考欄						
受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
		令和	年 月 日				
	被保険者の (請求者)	住所	-----				
		氏名	-----				
代理人の	住所	-----					
	氏名	-----					
		----- 受付日付印					

添付書類について

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

出産手当金支給申請書 ②

被保険者氏名

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間 ※欠勤は「○」で、有給は「△」で、出勤は「/」で、公休は「公」とそれぞれ表示してください。																																		
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																								給与の支払日						日締切				
																									当月						翌月				
																									出勤						有給				
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
労務に服さなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください。																								給与の種類		月給 日給 時給	日給月給 歩合給 その他								
賃金計算期間に支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																												
		~ 月 日分		~ 月 日分	~ 月 日分																														
	基本給				支給額																														
	手当				支給額																														
	手当				支給額																														
					支給額																														
	現物給与				支給額																														
上記のとおり相違ないことを証明します。																																			
令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号																																			

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産者氏名			
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生 産 死 産(妊娠 週 日)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません。 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 (職名) 電話番号			