

出産手当金支給申請書

第 〇〇 回目

被 保 者	㉗ 被保険者証	記号	番号	㉑ 事業所名 (または勤務していた事業所名)	
	㉘ 資格取得日	昭・平・令	年 月 日		
㉙ 資格喪失日	令和	年 月 日			
が 記 入 す る と こ ろ	㉚ 被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ			
	㉛ 被保険者の 現住所	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 電話 () 〇〇〇 〇〇〇			
入 す る と こ ろ	㉜ 出産予定日	令和	年 月 日		
	㉝ 出産した日	令和	年 月 日		
	㉞ 出生児の数	単胎・多胎 (〇) 児			
	㉟ 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	
㊱ うえの㉟の期間 で事業主から 報酬を	① 受けた	} 令和 年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	円
	② 受けられる		令和	年 月 日 まで	
	③ 受けられない				

☆ ㉟欄「出産のために休んだ期間」は、出産日(出産予定日あとの出産の場合は、出産予定日)以前の42日(多胎の場合は、98日)から出産日のあと56日までの期間を限度として支給されます。
なお、出産日は、出産日以前の期間に含まれます。

受 取 代 理 人 の 欄	㊲ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。
	被保険者名(申請者)氏名
	事業主 事業所所在地 (代理人) 事業所名
	事業主氏名

☆ 個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店番号	受付日付印
	普通・当座	銀行・金庫	
	口座番号	口座名義(カタカナ)	

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

事業主が証明するところ	㉔ 被保険者証	記号		番号		被保険者氏名				
	㉕ 労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	㉖ 賃金の支払日	日締 当月 日払			
		令和	年	月	日まで			日間		
	㉗ 上記期間中に報酬の全部または一部を支給した(する)場合	自	年	月	日	至	年	月	日	円
		自	年	月	日	至	年	月	日	円
		自	年	月	日	至	年	月	日	円
	㉘ 給与の種類を 〇で囲んでください	月給	日給	日給月給	時給	その他()	㉙ 欠勤 控除対象	{ 基本給・家族手当・住宅手当 役付手当・通勤手当 その他() } ÷ <input type="text"/> 日 = 1日分の控除額		
㉚ 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 事業主名 電話 () 番									

☆ 在職中にかかる申請期間がある場合は、その期間の出勤簿(写し)および賃金台帳(写し)を添付してください。

医師・助産師が意見を記入するところ	㉛ 出産者氏名									
	㉜ 出産予定年月日	令和	年	月	日					
	㉝ 出産年月日	令和	年	月	日					
	㉞ 出産児の数	単胎・多胎()児	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)						
	㉟	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 電話 ()								

☆ この申請書に記載されている個人情報は、支給決定にのみ使用し、第三者には提供いたしません。

東京都食品健康保険組合