出産手当金支給申請書

片面印刷で①～②をそろえて提出してください。

①

被保険者が記入するところ														
記号・番号	記号	○	○	○	番号	○	○	○	○	○				
氏名	健 保 華 子										住所	○○○○○○１－○○		
生年月日	昭和・平成 ○○年 ○○月 ○○日										事業所名	株式会社○○△○		
出産日	令和 ○○年 ○○月 ○○日										出産児の数	単胎・多胎（　　人）		
出産のため休んだ期間	令和 ○○ 年 ○○月 ○○日から令和 ○○年 ○○月 ○○日 ○○ 日間													

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。

※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 健 保 華 子

※ 妊娠８５日（４ヵ月）以上の出産であれば、死産、早産、流産の別を問わず給付の対象になります。

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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

受付日付印

支給支払決議書										
支給額	円	伺年月日				常務理事	事務長		係
		支払年月日							
出産日	年 月 日	支給対象期間	自	年 月 日					
標準報酬日額	円		至	年 月 日					
算定	給付の種類	支給期間			支給日数	支給率	支給額		
	出産手当金	年 月 日から 年 月 日			日		円		
		年 月 日から 年 月 日			日		円		