

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号		
	② 氏 名	(フリガナ)	③ 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	④ 住 所	〒 ー 都・道 府・県	⑤ 電 話 番 号	() ※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
	⑥ 事 業 所	名称	電話番号	()
	所在地	⑦ 提 出 委 任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

申請内容	⑧ 今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 出産後の申請		
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日	平・令 年 月 日	出 産 日	平・令 年 月 日
	⑨ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平・令 年 月 日 から	日間	平・令 年 月 日 まで	
	⑩ 出産のため休んだ期間(申請期間)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 <input type="checkbox"/> いいえ	平・令 年 月 日 から	円	平・令 年 月 日 まで

振込希望口座	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号
		口座名義区分	被保険者・代理人	

委任状	被保険者 (申請者)	本申請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 氏名
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係()

医師・助産師記入欄	出産者氏名	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	
	出産予定年月日	平・令 年 月 日	出産年月日	平・令 年 月 日
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週)		
	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
医師・助産師の氏名 電話番号 ()

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

注: この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

事業主が証明するところ

被保険者氏名													
労務に服さなかった期間	勤務状況										出勤	有給	
	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日
	平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日
平・令	年	月	日	から	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	
この期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい	被保険者の給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日						
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日					
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 翌月	日					

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

	単価	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~
		月 日 分 支給額	月 日 分 支給額	月 日 分 支給額
基本給	円	円	円	円
通勤手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
手当	円	円	円	円
現物給与	円	円	円	円
その他()	円	円	円	円
計	円	円	円	円
	日額	円	円	円

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。

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

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()