

被保険者情報	① 被保険者証	記号 54	番号 200
	② 氏名	(フリガナ) ケンポ トモコ 健保 友子	③ 生年月日 昭平令 59 年 7 月 1 日
	④ 住所	〒 104 - 0042 東京 都 道 府 県 中央区入船1-2-9 八丁堀MFビル6階	⑤ 電話番号 03 ( 5542 ) 8058 ※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 ○○信用保証協会 所在地 東京都○○区○○0-0-0	電話番号 03 ( 0000 ) 0000
			⑦ 提出委任 <input checked="" 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 checked="" 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 3 年 11 月 1 日 出産日 平令 3 年 11 月 1 日
	⑨ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平令 3 年 9 月 21 日 から 98 日間 平令 3 年 12 月 27 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。 平令 3 年 9 月 1 日 から 15,000 円 平令 3 年 9 月 30 日 まで

振込希望口座	金融機関名称	全国 銀行・金庫・信組 農協・その他( ) 支店・本店・出張所 其他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ トモコ	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
			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	医師・助産師より必ず証明を受けてください。			
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。

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	健保 友子				
労務に服さなかった期間	勤務状況	出勤	有給		
	平(令)3年9月21日から 平(令)3年9月30日まで 10日間	0日	0日		
	平(令)3年10月1日から 平(令)3年11月30日まで 61日間	0日	0日		
	平(令)3年12月1日から 平(令)3年12月27日まで 27日間	0日	0日		
この期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい	被保険者の給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給	締日	
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 時間給		末 日
		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給	賃金計算	
		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		支払日
					<input type="checkbox"/> 当月
					<input checked="" type="checkbox"/> 翌月

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	9月1日～	月 日～	月 日～
		9月30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	90,000 円	15,000 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	90,000 円	15,000 円	円	円
	日額	500 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。

通勤手当:欠勤控除なし 3月10日 6か月定期券代(4月～9月分)として90,000円支給

令和3年10月1日から令和3年12月27日までの分の報酬は支給なし

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

勤務先の事業主より必ず証明を受けてください。

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )