

出産手当金支給申請書

被保険者(申請者)情報	1 被保険者証の記号・番号	—	2 所属事業所名	
	3 氏名	(フリガナ)	4 生年月日	年 月 日 (歳)
	5 被保険者住所 連絡先電話番号	〒	電話	()
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します <input type="checkbox"/> ※事業所所属の方は✓チェックをお願いします			

申請内容	6 出産年月日	年 月 日	7 出産予定年月日	年 月 日	
	8 出産のため休んだ期間	年 月 日 ~	年 月 日迄	計 日間	
	9 上記期間(8欄)報酬(賃金)有無	有	報酬の期間	年 月 日 ~	年 月 日迄
		無		報酬の金額	(分の分として)
10 入院期間	年 月 日 ~	年 月 日迄	計 日間		
11 受取金融機関 <small>*退職された方のみ ご本人名義口座を記入 *11欄記入の場合、 12・13欄は記入不要</small>	銀行コード ()	銀行 信金 信組 農協	普通 支店コード 当座 ()	本店 支店 出張所	
	口座番号	口座名義 (カナ)			
委任状	12 被保険者欄 <small>*11欄に記入がある場合は記入不要</small>	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。(委任することにより給与口座に事業所が振込)			
	13 代理人欄 <small>*11欄に記入がある場合は記入不要</small>	住所 〒	事業主の	氏名	

医師又は助産師が書くところ	14 出産者氏名			
	15 出産年月日	年 月 日	16 出産予定年月日	年 月 日
	17 出産の正常・異常	正常 ・ 異常 ・ 死産 (ヶ月)	18 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
	19 入院分娩期間	年 月 日 ~	年 月 日迄	計 日間
	20 入院費	自費 ・ 健保 ・ その他		
21 上記のとおり相違ありません。	年 月 日			
	住所(所在地) 〒			
	医療機関名			
	医師・助産師 氏名	電話	()	

東京瓦斯健康保険組合				
常務理事		事務長		担当者

事業所名					
					扱者

事業主が証明するところ	22 労務に服さなかった期間について…出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/ でそれぞれ表示して下さい。																															
	年 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
	年 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
	年 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
	年 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
	年 月	2	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
	公休日について	有給 ・ 無給			一日あたりの賃金			円/日																								
	23 22欄の期間中において、報酬の全部または一部を支給しもしくは支給すべき金額を記入して下さい。																															
	基本給	年 月 日 ~			年 月 日迄の 日間			円																								
	通勤手当	年 月 日 ~			年 月 日迄の 日間			円																								
家族手当	年 月 日 ~			年 月 日迄の 日間			円																									
()手当	年 月 日 ~			年 月 日迄の 日間			円																									
24 上記のとおり相違ないことを証明します。																																
年 月 日																																
事業主 住所 〒			氏名																													
氏名			電話 ()																													

事業主の注意事項
*勤務表(出勤簿)と賃金台帳等の写しの添付をお願いします。

健康保険組合記入欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	通番			
	平均標準報酬月額	円	標準報酬日額	円	給付月	年 月		
	基本給	/ ~ / 迄(うち 日間)			減額計算	円 × 日 = 円		
	通勤手当	円 × 1 / =			減額計算	円 × 日 = 円		
		円 × 1 / =			減額計算	円 × 日 = 円		
		円 × 1 / =			減額計算	円 × 日 = 円		
	調整額日計				円	調整額月計	円	
	区分	支給率	日額	日数	算出額	調整後給付日額	日数	支給額
	①法定給付	2/3	円	日	円	円	日	円
	②付加給付	③-①	円	日	円	円	日	円
③合計	85/100	円	/	円	円	/	円	

社労士事務所提出代行