

## 出産手当金支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		氏名 (フリガナ)		生年月日									
	記号	番号	氏 名	自署の場合は押印不要										
	昭和 平成	年		月	日									
	住 所													
	〒 電話						メールアドレス							
	住所													
	出産予定日		令和	年	月	日	出産日		令和	年	月	日		
	出産のために 休んだ期間 (申請期間)		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	まで	日間	
	上記療養のため休んだ期間に報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。					現在まで		<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けない				
						今後		<input type="checkbox"/> 受ける		<input type="checkbox"/> 受けない				
「受けた」（今後受ける）と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払基礎となった（なる）期間														
報酬支払期間		令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	まで	日間		
受けた報酬		円			今後受ける報酬		円			円				

振 込 希 望 口 座	金融機名称	銀行・金庫 農協・信組		支店・営業部 本店・出張所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他( )				
	口座番号	口座名義人 カタカナで記入				

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込をされる）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					受付印
	令和 年 月 日					
	被保険者 (申請者)	住所 氏名				
	代理人	住所 氏名				
	電話	委任者と代理人の関係				

トータルビューティ  
健康保険組合

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る 欄	出産者氏名											
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日		
	出生時の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)				生産または 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)					
	上記の通り相違ありません。											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 ( )												

被保険者氏名

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

勤務状況（欠勤は×、有給は有、公休は休でそれぞれ表示してください。）

出勤 有給 欠勤

Table with columns for year, month, days (1-31), and status (出勤, 有給, 欠勤). Multiple rows for different months.

Form for payment type selection: 給与の種類 (時間給, 日給, 月給, 日給月給, 歩合給), 賃金計算 (締め日, 支払日), and 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しましたか (はい, いいえ).

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄に記入してください

Table for wage payment details with columns for unit (単価), month, and amount (支給額). Rows include 基本給, 通勤手当, 手当, and 計. Includes a section for 賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) and 担当者名.

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地 〒

事業主 事業所名称

事業主氏名

☎ 電話 ( )

添付書類 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿の写し

社会保険労務士の提出代行者印

トータルビューティー健康保険組合