

届書コード		
6	3	2

健康保険出産手当金支給申請書(第 / 回)

①②③④ 記入人につ
添付書類印
等欄にはは
つ記は、裏
面には記入
してはな
い。記入上
の注意「を
ご覧くださ
い。」を
ご覧くださ
い。必ずご
覧ください。

① 被保険者証の記号・番号		520-0248914																			
② 被保険者(申請者)の氏名と印		谷口 秀子 (印)																			
③ 被保険者(申請者)の住所		〒353-0088 (フリガナ) シキムネオカ 5-19-13 志木市宗岡 5-19-13 電話 048(491)8751																			
④ 被保険者の資格を取得した日		平成 5 年 4 月 1 日																			
⑤ 出産(予定)の日		平成 XX 年 7 月 15 日																			
⑥ 出産のため休んだ期間(支給期間)		平成 XX 年 7 月 10 日から 平成 XX 年 11 月 10 日まで																			
⑦ 上の⑥に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか。		<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない																			
⑧ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>年</th><th>月</th><th>日</th><th>年</th><th>月</th><th>日</th><th>円</th><th>分</th><th>秒</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				年	月	日	年	月	日	円	分	秒									
年	月	日	年	月	日	円	分	秒													
⑨ 金融機関(ゆうちょ銀行を除く)		⑩ 三菱東京UFJ 志木																			
⑪ 口座番号		⑫ 口座名義																			
4576890		(フリガナ) タニグチヒデコ 谷口 秀子																			
⑬ ゆうちょ銀行		⑭ 口座名義																			
-		-																			
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。 平成 年 月 日																					
被保険者(申請者) 氏名		住所																			
代理人の氏名と印		委任者と代理人との関係																			
代理人の住所		平成 年 月 日提出																			
代理人の電話番号		受付日付印																			
代理人の電話番号		電話 ()																			

社会保険労務士の
提出代行者印

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

◎労働に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。）

年月	出勤	有給
XX年7月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	計 21 日 0 日
XX年8月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	計 0 日 0 日
XX年9月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	計 0 日 0 日
XX年10月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	計 0 日 0 日
XX年11月	①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺㊻㊼㊽㊾㊿	計 1 日 0 日

事業主が証明するところ

労働につかなくなかった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く）
 (1) 支給しない 現在も付来も支給しない場合はその理由を記入してください。

給与規定第0条に別支給しちい

(2) 全額または一部支給した(する)場合はその内訳

賃金計算

満日

20 日

支払日

25 日

区分	支給期間	単価	支払日			給与の種類 (○で囲んでください)
			全部支給 月日~月日	一部支給 月日~月日	一部支給 月日~月日	
基本給					月日	月給 日給 時給 歩合 その他
家族手当					月日	
手当					月日	
手当					月日	
手当					月日	
現物給与					月日	
計						

上記のとおり相違ないことを証明します。

担当者氏名

山田花子

平成 年 月 日

事業所所在地

豊島区西大塚 1-2-3

事業所名称

株式会社 東京協会

事業主氏名

代表取締役 山田一郎

電話

(432) 1234

医師または助産師が意見を記入するところ	出産年月日	平成XX年 9月15日	出産予定年月日	平成XX年 9月10日
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 7月)
	出生児の数	単胎・多胎(児)		

上記のとおり相違ありません。

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

平成 年 月 日
志木市中央7-12-4
秋山産婦人科医院
(職名 医師)

秋山

電話 048 (488) 2416