出産手当金支給申請書

第　　回目

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

被保険者等記号・番号		被保険者(申請者)の氏名	生年月日
記号	番号		昭和・平成 年　月　日
被保険者(申請者)の住所	〒　　－		☎　－　－ 携帯　－　－
事業所名称			

この申請は、出産前の請求ですか？出産後の申請ですか？	・出産前の申請　・出産後の申請	
「出産前の申請」の場合は、①出産予定日を 「出産後の申請」の場合は、①出産予定日と②出産日を 記入してください。	① 出産予定日	令和　年　月　日
	② 出産日	令和　年　月　日
出産のため休んだ期間(申請期間)	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	
うえの「出産のため休んだ期間」の報酬を受けましたか。 または今後受けますか。	・受けた ・受けない ・今後受ける ・今後も受けない	
報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは、その支払の基礎となる期間と報酬額	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	円

〔保険給付金振込先〕（①と②のいずれかに☑してください）

令和　年　月　日提出

① □ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② □ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

／受付日付印＼

金融機関名		・銀行 ・金庫 ・信組	・支店 ・出張所
口座番号		・普通 ・当座	
口座名義	(フリガナ)		

※ 振込先の口座名義を被保険者(申請者)以外の方とする場合には、委任状を添付してください。

6.12改

＊記入に際しての留意事項及び出産手当金の支給要件等は裏面をご覧ください。

東京中央卸売市場健康保険組合

申請期間の給与台帳（一部支給されている場合は、基本給与、諸手当等の明細が分かるもの）と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

〔事業主の方が記入するところ〕

労務に服さなかった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間																																	
うえの期間の勤務状況（記入例：出勤は〇で、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。）																																	出勤	有給
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		日	日
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		日	日
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		日	日
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		日	日
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		日	日

労務に服さなかった期間の賃金を	支給しましたか？	・はい　・いいえ	賃金計算	給与締日	日
	今後支給しますか？	・はい　・いいえ		給与支払日	当月　翌月　日
被保険者の報酬形態　（該当に〇）	・月給　・日給月給　・日給　・時給　・歩合給　・役員報酬　・その他（　）				

うえの期間中の分として報酬を「支給した」場合又は「支給する」場合、その期間と支給額を記入してください。

該当月	年	月	日	年	月	日	日間	支給額	日額
年　月	自：			至：				円	円
年　月	自：			至：				円	円
年　月	自：			至：				円	円
年　月	自：			至：				円	円

うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

☎　－　－

〔医師または助産師が意見を記入するところ〕

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
生産または死産の別	生産・死産（妊娠　週）	出生児の数	単胎・多胎（　児）

うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療施設所在地

医療施設名称

医師または助産師の氏名

☎　－　－