

出産手当金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号 (左づめ)	記号	1	3	9	9	番号	9	9	8	0	枝番	2	9	生年月日	☐ 昭和	年	0	2	月	0	7	日	2	6	性別	☐ 男	☒ 女
	フリガナ	チイキ トモカ													☐ 自宅 ☒ 携帯													
	氏 名	地域 朋佳													連絡先	090 99999999												
	住 所	〒	9	9	9	都道府県	9	9	9	市区町村	町名・番地 ●●町9丁目9番地9号 アパート・マンション名 ハイツ●●●●●99号室																	

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。																		
		氏名	地域 朋佳										令和	年	0	5	月	0	7	日

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合)は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

「被保険者(申請者)記入用」は裏面に続きます。

※健康 保 険 組 合 使 用 欄	受付日	令和		年		月		日	組 合 受 付 印	事 業 所 受 付 印
	伺年月日	令和		年		月		日		
	決定日	令和		年		月		日		
	支払日	令和		年		月		日		

出産手当金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名	地域 朋佳
--------	-------

申請内容及び確認事項	(1) 出産のため休んだ期間 (この出産手当金の申請期間)	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日数	日間						
			0	4	1	1	1	9		0	5	0	2	2	4		9	8
	上記の「出産のため休んだ期間」に関する次の確認事項について記入してください。																	
	(1) 報酬を受けましたか。	☐ 1. はい(今後受取るものも含む) ☐ 2. ない ↓以下は、「ある」の場合のみ記入																
	在職中の場合は、記入に代えて事業主証明書(様式10-2)を追加提出してください。	報酬支払の基礎 となった期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	報酬額	円 右詰めで記入してください					

医師・助産師が記入するところ	出産者氏名	地域 朋佳	出産に立ち会った医師・助産師に記入を依頼してください。															
	出産予定年月日	令和	5	年	1	月	13	日	出産年月日	令和	4	年	12	月	30	日		
	出生時の数	☒ 単児 ☐ 多児(児)	生産または死産 の別	☒ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週 日)														
	上記のとおり相違ありません。																	
	医療機関の所在地	東京都港区●●町×丁目×番地×号 令和 5 年 1 月 13 日																
医療機関の名称	医療法人●●会 ●●レディースクリニック																	
医師または助産師の氏名	●● ●● ●● 電話 03 (9999) 9999																	