

## 出産手当金申請書(支給No. )

被保険者または被保険者であった者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称	
	③被保険者の氏名		④生年月日	昭和・平成 年 月 日
	⑤労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで _____ 日間		
	⑥上記期間中に報酬をうけたときはその期間及び額	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで _____ 円		
	⑦産院、病院または診療所に入院された場合はその名称および所在地	病院等の名称		
		所在地		
	⑧振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行 支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 円 TEL - - 被保険者の そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 住所氏名 _____				

医師または助産師の証明	⑨出産証明	平成・令和 年 月 日に _____ 人を出産または死産(妊娠 週)
	⑩出産予定年月日	平成・令和 年 月 日に出産予定
	上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日 証明者の住所氏名 _____	

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日	被保険者の氏名 _____
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名 _____

領収書	金 _____ 円を領収いたしました。 令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏名 _____

支給(支出)決定伺	標準報酬月額(平均)	円	標準報酬日額	円	標準報酬日額の2/3	円	
	区分	支払期間	支給日数	支給日額	支給額	法第108条および法第102条該当期間	
	法定		日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第108条	
			日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第102条	
	合計		日間	円	円		
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)		
	・一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	・ " "	資格喪失年月日	令和 年 月 日				
	・任継被保険者	資格取得年月日	令和 年 月 日				
	・ " "	資格喪失年月日	令和 年 月 日				

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

出産手当金申請に伴う勤怠および報酬支払証明書

従業員NO		賃金支払区分		労務に服さなかった日 開始	
氏名		従業員区分		労務に服さなかった日 終了	

事業主証明欄

勤怠実績 (労務に服さなかった期間)	年	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		
	月																																	
	年	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		
	月																																	
	年	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		
	月																																	
	年	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		
	月																																	
	年	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		
	月																																	

※勤怠実績は有給休暇…「有」、指定休…「指」、個別休…「個」、欠勤…「欠」、産前休職…「産前」、産後休職…「産後」と記入して下さい。

令和 年 月 日

以上のお通り証明いたします

所在地  
名称  
事業主

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)