

黄色の欄・個所を全てご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	出産手当金

所経由印			
担当	各長		
健康保険組合処理印および支給決定印			
取扱者	審査	事務長	常務理事

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。
「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。

出 産 手 当

被保険者証 記号・番号	4 0 0 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7										
被保険者 氏名 ①	フリガナ ケンボ タロウ	印	会社名 所 ②	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター							
退職者の 場合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所										
勤務しなかつ た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					左記期間中 受けた全部 または一部の 報酬と金額 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 円					
分娩予定日	令和 年 月 日					分娩日	令和 年 月 日				
支払金融機関 〔被保険者 名義の口座〕 ③	フリガナ ○○	コード	フリガナ ○○	コード	預金種別	口座番号					
	○○ 銀行	9 9 9 9	○○ 支店	9 9 9	普 通 当 座	9 9 9 9 9 9 9					

事業主の 証明 (退職者の場合は 民生委員の証明)	分娩者氏名									
	勤務しなかつ た 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	左記期間中	令和 年 月 日 から						
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名 印									

<記入時の注意事項>

- ④ 事業主に証明してもらってください。
(退職者の場合は、お住まいの地区の民生委員に証明してもらってください。)

医師または助産婦の証明	分娩者氏名									
	分娩予定日	令和 年 月 日	<記入時の注意事項> ⑤ 医師または助産婦に証明してもらってください。							
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 印									

標準報酬月額	千 円	標準報酬日額	円
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで	日間	
出 産 手 当 支 給 決 定 額			

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
2. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

受付印

出納印