

出産手当金支給申請書

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----|---|-----------------|-----|--------------------|------------|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 同年月日 | No. | 右のとおり支給して よろしいか | 支給額 |
| | | | | | | _____円 |
| 支給期間 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | | | | | 標準報酬 月額 | (直近) 千円 |
| 資格取得日 平・令 年 月 日 | | | 資格喪失日 平・令 年 月 日 | | | (支給算定額) 千円 |

| | | | | | | | |
|-------|-------------------------------|---------------|---------------------------|--|--|-----------|--|
| 申請者記入 | 一方を記入 A・Bのどちらか | A. 保険証番号 — | 氏名 | ※個人番号記入時の注意 ①被保険者証の記号番号を記入した場合は個人番号は記載不要です。 ②個人番号を記載しようとする場合は、個人番号を記載する前にお勤めの会社の証明を受けてください。 ③個人番号を記入した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口を持参するか、書留郵便等で送付してください。なお申請書について番号確認および身元確認を行いますので、窓口を持参の場合は個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）をお持ちください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。 | | | |
| | | B. 個人番号 | | | | | |
| | 出産予定日 | | 平・令 年 月 日 | 出産日 | | 平・令 年 月 日 | |
| | 出産のため休んだ期間 | | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | | | | |
| | 出産のため休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間 | | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | | | | |
| | 出産のため休んだ期間のうち自費で入院した期間 | | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで 日間 | | | | |
| | 病院名 | | | 病院の所在地 | | | |
| | 被扶養者がいるときはその方の | 氏 名 | | 生 年 月 日 | | 被保険者との続柄 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|-----|--------------------------|-------|---|-------|----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|
| 事業主の証明 | 労務に服さなかった期間 | | 記入内容 出勤：○ 有給：△ 公休：公 欠勤：/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (自) 平・令 年 月 日 (至) 平・令 年 月 日 日間 | 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 | 計 | 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | 上記期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合は支給する場合は | | 自 | 年 月 日 | 至 | 年 月 日 | 日間 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在までもはまたは将来も支給しない場合はその旨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 会社 | | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|-------------------------|---------------|----------------------------|----------|-----------|
| 医師・助産師の意見 | 出産予定日 平・令 年 月 日 | 出産日 平・令 年 月 日 | 単胎・多胎妊娠の別 | 単胎・多胎(児) | |
| | 入院の費用を健康保険本人扱いとして入院した期間 | | 平・令 年 月 日から平・令 年 月 日まで(日間) | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | | 平・令 年 月 日 |
| 医療施設の名称 | | 医師・助産師名 | | | |
| 所在地 | | | | | |

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)
 上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

平・令 年 月 日
 被保険者氏名 _____

任意継続被保険者・継続給付者のみ記入

_____銀行・信用金庫 _____支店
 普通・当座 口座番号 _____
 名義人(カタカナ) _____

全員記入

領 収 書

上記のとおり領収しました。

平・令 年 月 日

受取人氏名 _____