

種別	支給期間	日数	日 ( / ~ / )	S H R	年 月 日取得
2112	・ ・	・ ・	日 ( / ~ / )	S H R	年 月 日喪失

## 出産手当金 支給申請書 ① 【申請者(被保険者)記入】

申請書は①～③ページです。

被保険者情報	被保険者証 記号	番号	事業所名			
	被保険者氏名		生年月日	昭 平	年 月 日	
	住所	〒 - 電話番号(日中の連絡先) ( ) -				
振込先口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所	店番		
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	口座名義	↓カタカナで記入してください。			口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1 被保険者 <input type="checkbox"/> 2 代理人



「2」の場合は下記受取代理人の欄も記入してください。自署の場合は押印不要です。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			
	代理人 (口座名義人)	住所	〒 -	氏名	令和 年 月 日
		氏名	TEL ( ) -		被保険者との関係

被保険者記入は2ページに続きます。⇒

1/3

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は下記へ記載してください。  
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R.3.5

大阪織物商健康保険組合 業務課 〒541-0048大阪市中央区瓦町2-6-9 TEL 06-6203-4081

受付印

## 出産手当金 支給申請書 ②【申請者(被保険者)・医師・助産師記入】

申請内容	被保険者氏名					
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
	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	日数	日間	
	上記の期間中、出勤した期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日数	日間	
	①上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。		1. はい    2. いいえ			
	「はい」と答えた場合その報酬の額と対象となった期間をご記入ください。		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	報酬額  円		
出生児の数		単胎 ・ 多胎 ( 児)				

医師・助産師記入欄	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		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日			
	医療施設の所在地					
	医療施設の名称					
医師・助産師の氏名						
電話番号		( )				

事業主記入は3ページに続きます。⇒  
2/3

## 出産手当金 支給申請書 ③【事業主記入】

被保険者氏名							
勤務状況及び賃金支払状況をご記入の上、 <b>下記期間の賃金台帳（写）・出勤簿（写）を添付してください。</b>							
労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から			ただし(具体的な日付を記入してください)			
	日間						
	令和 年 月 日 まで			は出勤		は有給	
上記の期間に対して、賃金を支給しましたか。	<input type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	<input type="checkbox"/> 当月
		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 翌月		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。							
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価	月分	月分	月分	月分	
	区分		支給額	支給額	支給額	支給額	
	基本給	円	円	円	円	円	円
	通勤手当 ( 月 / ~ / )	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
計		円	円	円	円	円	
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、ご記入ください。							
担当者氏名							
上記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							
TEL (       )       -							