

出産手当金支給申請書

注(1):①～⑩は被保険者(申請者)が記入するところです。①～⑩全ての項目に記入が必要です。必ず出産後に提出してください。
注(2):⑩の医師または助産師の印は不要です。

①	被保険者 記号-番号	-	②	氏 名		③	生年 月 日	年	月	日	
④	事業所名称 (会社名)		⑤	標準報酬月額				円		等級	
⑥	出産予定日		年	月	日	⑦	出 産 日		年	月	日
⑧	出産のため 休んだ期間		年	月	日	～	年	月	日		日間
⑨	振 込 先 (ゆうちょ銀行不可)		銀行 金庫 組合	支店	普・ 当	No.		フリガナ			
								口座 名義			
⑩	上記のとおり申請します。 住 所 〒 被保険者の 氏 名 TEL ユアサ健康保険組合理事長 殿										

医師または 助産師の証明欄 (押印不要)	⑪	出産予定日		年	月	日	⑫	出 産 日		年	月	日
	⑬	出生児数	単 胎 / 多 胎 (児)				⑭	正常出産または 異常出産の別	正 常 / 異 常			
	⑮	生産または 死産の別	生 産 / 死 産 (妊娠第 週)									
	⑯	上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 〒 医療機関名 医師または 助産師の氏名 TEL ※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ)等を使用してください										

事業主 証明欄	⑰	労務に服さ なかった期 間		年	月	日	～		年	月	日	日間
	⑱	上記期間 の報酬		年	月	日	～		年	月	日	円
				年	月	日	～		年	月	日	円
				年	月	日	～		年	月	日	円
	⑲	担当(確認)者氏名										
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 住所(所在地) 〒 名 称 事業主名 TEL											