

## 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):⑳の医師の印は不要です。

①	記号-番号	-	②	氏名	③	生年月日	年 月 日	
④	事業所名称		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							
年 月 日							印	
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(印不要)	⑪	出産予定日	年 月 日	⑫	出産日	年 月 日
	⑬	出産胎児数	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				
		年 月 日				

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) 〒					
	事業主名					
	TEL					
	年 月 日					
		印				