

出産手当金支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	記号 XX	番号 XXXX	事業所名	○○○○○○○○	
	被保険者氏名	読売花子 (印)		被保険者の 生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	
	被保険者の住所	〒 XXX - XXXX ○○○○○○○○○○ ○-○○				
	被保険者の連絡先	電話番号	XX - XXXX - XXXX	携帯番号	XXX - XXXX - XXXX	
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	平成 27 年 5 月 7 日 から	86 日間			
		平成 27 年 7 月 31 日 まで				
	被保険者名義の振込銀行口座を記入してください。					
	振込先	銀行名	支店名	種別	口座番号	
		○○銀行	○○支店	普通	123456	
	① 今回の出産手当金の申請は、出産前ですか、出産後の申請ですか。			いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請		
② 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。 「出産後の申請」の場合は、出産予定日と出産日を記入してください。			出産予定日	平成 27 年 6 月 15 日		
			出 産 日	平成 27 年 6 月 10 日		
③ 上記療養のため休んだ期間（申請期間）に対する報酬を受けましたか、または今後受けられますか。				報酬額		
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		報酬の基礎となった期間	平成 27 年 5 月 1 日～ 27 年 7 月 31 日	120,000 円		
			平成 年 月 日～ 年 月 日	円		

※被保険者証の「記号、番号」～「携帯電話」までを記入してください。

※出産のため休んだ期間（申請期間）と日数を記入してください。

※出産手当金の振込先（被保険者名義）を記入してください。

※③所属事業所や所属事業所以外からの報酬（給与等）がある場合は「 はい」に し、報酬の基礎となった期間、報酬額を記入してください。ない場合は「 いいえ」に してください。
所属事業所以外からの報酬がある場合は、報酬額及び勤務状況を証明する書類（写し）を添付のこと。

医 師 の 証 明 欄	出 産 者 氏 名	読売花子	
	出産予定年月日	平成 27 年 6 月 15 日	出産年月日 平成 27 年 6 月 10 日
	出生児の数	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児 (児)	生産または死産の別 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	平成 27 年 7 月 15 日	所 在 地 :	○○○○○○○○○○○○
	医 療 機 関 名 :	○○○○○○○○	
大阪読売健康保険組合 殿	医 師 の 氏 名 :	○○○○○ (印)	
	電 話 :	XXX (XXXX) XXXX	

※「出産者氏名」～「生産または死産の別」までを記入してください。

※証明は、出産のため休んだ期間が経過した後に記入してください。

<添付書類> 出勤簿および賃金台帳の写し (出産手当金支給申請期間の月分と前1か月分の出勤簿および賃金台帳を提出してください)					
支給申請期間に対して賃金を支給しましたか		給与の種類		賃金計算	
いづれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		いづれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他		締日	支払日 (いづれかに <input checked="" type="checkbox"/>)
		月末日	当月 25 日	<input type="checkbox"/> 翌月 日	
支給申請期間に対する賃金支給状況を記入してください。					
事業主の証明欄	賃金計算期間		5月1日～5月31日	6月1日～6月30日	7月1日～7月31日
	賃金種別				
	月給		120,000 円	0 円	0 円
	日給		円	円	円
	通勤交通費	月数記入又は <input checked="" type="checkbox"/> 6ヶ月分 <input type="checkbox"/> 日額			
	支給期間	2月1日～7月31日	26,250 円	0 円	0 円
	支給額	157,500 円			
	その他1	()	円	円	円
その他2	()				
その他3	()	円	円	円	
総支給額		146,250 円	円	円	円
※賃金計算方法(欠勤・休職控除等)を記入。		出産休業中は無給。 通勤交通費は、6、7月分を返金。			
賞与支給が年4回以上ある事業所は、出産手当支給申請期間を含む賞与支給対象期間の賞与支給予定を記入してください。					
賞支給予定	いづれかに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※申請時の標準報酬月額とされた報酬月額に含んだ賞与額を記入してください。		
			報酬月額に含んだ賞与額	123,450 円	
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 27 年 8 月 10 日		所在地 : ○○○○○○○○○○○			
担当者氏名 : ○○○○		事業所		名称 : ○○○○○○○○	
		代表者氏名 : ○○○○		電話 : XXX (XXXX) XXXX	
				(印)	

※出産手当金支給申請期間の月分と前1か月分の出勤簿および賃金台帳を提出してください。

※出産手当金支給申請期間に対して賃金を支給または支給する場合は、「 はい」に し、「給与の種類」～「支払日」までと「賃金支給状況」を記入してください。
支給しない場合は「 いいえ」に してください。

※賃金支給状況は、出産手当金支給申請期間を含む賃金計算期間に対する実支給額を記入してください。
給与の種類が「月給」の場合は、賃金種別の月給欄に、「日給」または「時給」の場合は、日給欄に記入してください。

※通勤交通費を数ヶ月単位(例:6ヶ月定期)で支給している場合は、○ヶ月分を記入、日給で支給している場合は、「 日給」に してください。
支給期間、支給額は全体のものを記入してください。
賃金計算期間に対する通勤交通費は、同期間に対する実支給額を記入してください。(同期間分を全額返金している場合は「0 円」としてください)

※その他を記入する場合は、() 内に賃金種別を記入してください。

※欠勤や休職等による減額がある場合は、計算方法(算定式等)を記入してください。

※賞与支給が年4回以上ある場合は、申請期間に対する支給額が調整の対象になりますので記入してください。

出産手当金支給申請時の標準報酬月額とされた報酬月額に含んだ賞与額を記入してください。

※証明は、出産手当金支給申請期間(出産のため休んだ期間)を含む賃金計算期間の賃金が確定した後に記入してください。

備考	
----	--

社会保険労務士の提出代行者印

受付印

※社会保険労務士の提出代行者欄は、該当事業所のみ記入してください。

※受付印は、健保組合の受付用です。