

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏 名	(フリガナ)						
	住 所	〒			—	都・道 府・県		
	事業所名称							
				電話番号 (日中の連絡先)	()			

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委 任 状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	氏名				
			住所				
			氏名	被保険者との関係()			

申 請 内 容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。		☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請					
		出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	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(申請期間)		平・令	年	月	日	から	日間
			平・令	年	月	日	まで	
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。		☐ はい ☐ いいえ					
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。		平・令	年	月	日	から	円
			平・令	年	月	日	まで	

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

事業主が証明するところ

被保険者氏名										
労務に服さな った期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
	平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	☐ はい ☐ いいえ	
被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 翌月
上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する) 場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
所在地										
事業所名称										
事業主氏名										
印 電話番号 ()										

事業主のみなさまへ

申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

医師・助産師記入欄

出産者氏名										
出産予定年月日	平・令	年	月	日						
出産年月日	平・令	年	月	日						
出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)									
生産又は死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠 か月 週)									
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
所在地										
医療機関名										
医師・助産師の氏名										
電話番号 ()										