

出産手当金支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(分娩前 ・ 分娩後)

令和 年 月 日提出

※ なるべく分娩後に請求してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	氏名 <small>フリガナ</small> 印 <small>昭和・平成</small> 年 月 日	生年月日 (才) 記号 番号	
	本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します		
	資格取得年月日 平成・令和 年 月 日	資格喪失年月日 平成・令和 年 月 日	事業所名
	現住所 〒 TEL		
	分娩予定日 平成・令和 年 月 日	分娩のため休んだ期間 (※下記参照し記入してください) 平成・令和 年 月 日から 日間	
分娩年月日 平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日まで		
送金先 銀行 支店	口座番号 普通	受取人氏名(カナ)	

※ 分娩のため休んだ期間

- ・分娩予定日より遅れて出産した場合・・・分娩予定日以前42日(多胎分娩のときは98日)と分娩日の翌日から56日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入
- ・分娩予定日より早く出産した場合・・・分娩日以前42日(多胎分娩のときは98日)と分娩日の翌日から56日間の計98日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入

訂正箇所には必ず訂正印を押してください

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分娩予定日 平成・令和 年 月 日	入院して分娩したときはその期間 平成・令和 年 月 日から 日間
	分娩年月日 平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日まで
	出生児数 単胎 ・ 多胎(児)	分娩時の状態 正常 ・ 異常
うえのとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		
施設の名称・所在地 医師・助産婦名 印		

事 業 主 の 証 明	勤怠状況 欠勤日は× 出勤日は○ 有給休暇は△ を記入してください。全欠勤の場合は横線で消してください。(出勤簿と賃金台帳を要添付)	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
	計 出勤 日 有給 日 その他 日	
労務に服さなかった期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日	事業所 担当印
上記期間中の分として支給した または支払う予定の報酬額 円	事業主(受取代理人)の 所在地	代表者氏名 印
報酬内訳 (住宅・家族・資格・その他) 算出式は 日額×欠勤日数で記入してください	名称	
手当 算出式: = 円		
手当 算出式: = 円		
手当 算出式: = 円		

※ 当申請書に、マイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。