

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	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	年 月 日							
	上記のとおり申請します。							
	住所 〒							
	被保険者の 氏名 ⑩							
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	年 月 日							
	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	年 月 日							
	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 ⑩							
TEL								