

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	被保険者 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	ユアサ健康保険組合 理事長 殿						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							

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	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	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
住所(所在地) 〒						
名 称						
事業主名						⑩
TEL						