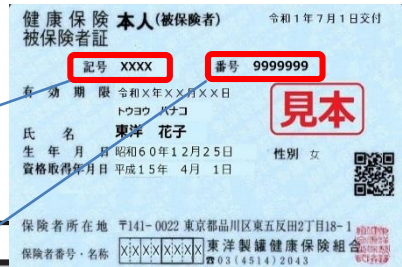


# 出産手当金 支給申請書 1/2



受付印

見本

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	XXXX	番号	XXXXXX	生年月日	年	月	日
	氏名(自署)	(フリガナ)	トウヨウ ハナコ	(自署)	東洋 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	0	1225
	住所	(〒 141 - 9999 )	東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101						
	電話番号(日中の連絡先)	TEL	03 (9999) 9999						

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )		令和 XX 年 XX 月 XX 日
	代理人(口座名義人)	(〒) 住所 (フリガナ) 氏名・印	給付金を給与振込にて受けとるための委任です ・アルバイト、任意継続者、資格喪失者は代理人の記入不要 ・申請者以外の個人代理人は 個人に <input checked="" type="checkbox"/> 「個人」を代理人にするときは代理人の捺印	

申請内容	1 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 2	1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入ください。	出産予定日	令和 XX 年 10 月 1 日 出産日 令和 XX 年 10 月 10 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 XX 年 9 月 10 日 から 令和 XX 年 11 月 1 日 まで	XX 日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1	1. はい 2. いいえ
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	記入不要 円	
	6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	東洋 元気		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する	医師等に当欄の記入(証明)を依頼してください		
	医療施設の所在地	医療施設の名称		
医師・助産師の氏名	TEL ( )			

