

出産手当金支給申請書（ 回目）

被保険者（申請者）が記入するところ	記号		番号		会社名						
	氏名（申請者）	(フリガナ) _____				生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	住所	(〒 _____)				電話番号	自宅	()			
						連絡先	携帯	()			
	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 type="checkbox"/> 出産前の申請		<input type="checkbox"/> 出産後の申請			
	上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください					出産予定日	令和	年	月	日	
						出産日	令和	年	月	日	
	出産のため休んだ期間（申請期間）					令和	年	月	日	から	
					令和	年	月	日	まで		
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 type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ				
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					令和	年	月	日	から		
					令和	年	月	日	まで		
					円						

振込先口座	被保険者名義の金融機関名			銀行・信金					本店・支店											
				信組・農協					出張所											
預金種別	普通・当座	口座番号																		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

出産手当金支給申請書

医師・助産師記入欄	出産者氏名			
	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 type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日			
	医療施設の所在地			
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名 (印) 電話 ()				

事業主が証明するところ	被保険者氏名						
	勤務状況 (出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示してください)			出勤	有給		
	令和 年 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	日	日			
	令和 年 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	日	日			
	令和 年 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	日	日			
	令和 年 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	日	日			
	令和 年 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	日	日			
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日		
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください						
	支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 日分	月 日 日分	月 日 日分
				支給額	支給額	支給額	
基本給							
通勤手当							
住居手当							
扶養手当							
手当							
現物給与							
計							
上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日					担当者氏名		
事業所所在地							
事業所名称							
事業主氏名 (印) 電話 ()							

※ 注意事項に記載の添付書類をご用意ください

出産手当金支給申請書の注意事項

添付書類をご用意ください

初回申請時に必ず添付いただくもの

①出勤簿のコピー ②賃金台帳のコピー

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿(タイムカード)と賃金台帳のコピーを添付してください

※役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください