

**出産手当金・出産手当付加金申請書** (第 回) 1/2ページ

<b>I. 被保険者が記入するところ</b>				
<b>① 被保険者の署名、捺印欄</b>				
カヤバ健康保険組合 理事長殿 下記のとおり申請いたします。 申請日：令和 年 月 日				
住所 (〒 - )				
氏名		署名または記名押印 (社員番号 ) (印)	電話番号 ( )	
<b>② 被保険者等 記号・番号</b>	記号	-	番号	
	記号・番号		記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい	
<b>申 請 内 容</b>	<b>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。(どちらかに○)</b>		1. 出産前      2. 出産後	
	<b>③ 2 出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日と出産日</b>	出産予定日	令和 年 月 日	
		出産日	令和 年 月 日	
	<b>3 出産の為に休んだ期間(申請期間)</b>	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
	<b>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。又は今後受けられますか。(どちらかに○)</b>	1. はい      2. いいえ		
	<b>5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬支払の期間とその報酬の額をご記入ください。</b>	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		円
<b>6 出生児の数 (どちらかに○)</b>	単胎      多胎 ( 児)			
<b>④ 振込希望の銀行(※給与振り込み口座の無い方のみご記入下さい)</b>				
銀行		口座番号(左づめ)	口座名義(カナ)	
本/支店		普通	通	
<b>⑤ 委任状：申請金額の受領を下記の代理人に委任します</b>				
《代理人の記入するところ》				
代理人				
住所 〒				
氏名				

2/2ページへつづく

II 医師・助産師が証明するところ			
⑥出産者氏名			
⑦出産予定年月日	令和 年 月 日	⑧出産年月日	令和 年 月 日
⑨出生児の数 (どちらかに○)	単胎 多胎 ( 児)	⑩生産又は死産の別	生産 死産 (妊娠 週)
⑪上記の通りに相違ないことを証明する		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		TEL	( )

III 事業主が証明するところ	
⑫ ①の従業員が、労務に服さなかった期間	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで _____日間	
⑬ 上記⑩の期間における賃金等の支給について	
⑫の期間に、賃金等を支給しました (します) か? (どちらかに○)	はい (※) / いいえ
※ 「はい」と答えた場合、その期間と金額を記入してください。(複数回ある場合は、それぞれ記入下さい)	
区分 (該当するものに○) : 基本給・通勤手当・その他手当 ( )・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額: _____ 円
区分 (該当するものに○) : 基本給・通勤手当・その他手当 ( )・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額: _____ 円
区分 (該当するものに○) : 基本給・通勤手当・その他手当 ( )・現物支給	
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	報酬額: _____ 円
⑭ 上記のとおり相違ないことを証明します。	
事業主	年 月 日
住所 〒	
氏名	
電話	

※記入しきれない場合は、別途資料等添付してください

《カヤバ健保記入欄》

支給 決議 書	金額 ¥		伺: 令和				
	資	得	常務理事	事務長	係	備考	
			平・令	年	月	日	
	格	喪	平・令	年	月	日	

