

受付年月日	年月日
伺年月日	年月日
決済年月日	年月日

支給額	円
支給期間	年月日から 年月日まで
標準報酬 月額	円(第級)

常務理事	事務長	担当者
資格取得		年月日
資格喪失		年月日
前回	始	年月日
	終	年月日
支払年月日		年月日
不支給理由		

出産手当金支給申請書

(第 回目)

被保険者記入欄	被保険者 記号・番号		出産前の別 出産後	前・後	出産予定日 出産日	年月日 年月日
	事業所名				所属	部 課
	申請期間 (出産のため休んだ期間)	年月日から			年月日まで	
	上記期間の報酬の全部 又は一部を受けたとき 又は受けられるとき	報酬額	<input type="checkbox"/> 上記期間の全部 <input type="checkbox"/> 上記期間の一部		日間分	円
	振込希望の銀行	銀行			支店	(普通 当座)
	上記のとおり申請します。 富士紡健康保険組合理事長殿					年月日
	〒 一					
	被保険者	住所				
	氏名					

医師・助産師証明欄	出産予定日	年月日	正常分娩又は 異常分娩の別	正常・異常	
	出産日	年月日			
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	〒 一				
	医師又は 助産師名	住所			
	氏名				
	電話				

●被保険者記入欄の注意事項

- ア. 出産後に請求するときは、出産日だけでなく出産予定日も記載してください。
- イ. 報酬額は、事業主(賃金計算担当者)にご確認頂き、記載してください。
- ウ. 委任により代理受領するときは、代理人の希望する振込先口座を次ページに記載してください。

事業主証明欄	労務に服さなかつた期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬関係(給与・賃金等)	月 日 ~ 月 日	日間分	円	月 日 支払
		月 日 ~ 月 日	日間分	円	月 日 支払
		月 日 ~ 月 日	日間分	円	月 日 支払
	支給しない場合				
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	元 一				
	住 所				
	事業主 名 称				
	氏 名				

委任状	私は		を代理人と定め、次の権限を委任する。
	本申請に基づく給付金の受療に関する事。		年 月 日
	被保険者の	住 所	元 一
	氏 名	元 一	
代理人の	住 所	元 一	
氏 名	元 一	普通	
振込希望の銀行	銀行	支店 (当座))

●事業主証明欄の注意事項

- ア. 労務に服さなかつた期間は、労務可能な状態であっても、出産の日（出産予定日）以前42日（多胎の場合98日）、出産の日後56日以内において労務に服さなかつた期間を記載してください。
- イ. 事業主証明欄の報酬額と被保険者記入欄の報酬額は同額となります。
- ウ. 支給しない場合は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記載してください。

●その他共通する注意事項

- ア. 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者又は証明者の氏名を記載してください。

●添付書類

- ア. 初回申請時に添付すべきもの
 - ・出勤簿のコピー（労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間）
 - ・賃金台帳のコピー（上の期間について）
 - ・意見書、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文（翻訳者の署名、住所、電話番号明記）