

支給決定 伺	受付日	理事長		常務理事		事務長		担当	
	資格	取得日	年 月 日			支給期間	年 月 日		
		喪失日	年 月 日				年 月 日		
	備考	支給決定額	標準報酬	千円			日間		
		法定給付	$\times \frac{2}{3} \times =$						
			日額		日				円

出産手当金申請書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	事業所名					
		住所〒			氏名				
					生年月日 昭和・平成 年 月 日				
	分娩日 (分娩予定日)	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	出生児数 児	生・死産 ・生産 ・死産	入院 した 場合	住所〒			
	分娩のため 休んだ期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	請求日数	請求種別 ・産前産後 ・産前のみ ・産後のみ		入院 期間	名称		
	給与が支払 われない期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	*産前産後あわせて請求が原則です。					
	振込先 銀行名	銀行		支店	口座番号				
	銀行コード				口座名義 (カタカナのみ)				

* 振込先の銀行・支店コードは、キャッシュカードでご確認下さい。

事業主 証明欄	労務に服さ なかった期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	左記の通り相違ない事を証明する。 令和 年 月 日				
	上記期間中 における報酬の 支給金額と期間	金額	円	事業主の 所在地 名称 氏名				

医師 (助産師) 証明欄	分娩日 (分娩予定日)	令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	左記の通り相違ない事を証明する。 令和 年 月 日				
	出生児数	単胎・多胎(児)					
	死産の時 はその旨	死産(妊娠 週 日)					
	入院して分娩 した時の期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	医療機関の 所在地 名称 医師(助産師)の 氏名			

(提出先 : 人事部→大和ハウス工業健康保険組合)