

出産手当金支給申請書

第 回

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話（内線）		
資格を 取得した日	平成 令和	年 月 日	資格を 喪失した日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日	従業員 番号	
分娩予定日	令和	年 月 日	分娩日	令和	年 月 日	
分娩のため 休んだ期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	日間
上記期間の報酬の 全部又は一部を受 けたとき又は受け ることができる時 きはその報酬額及 び期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日	日間
	令和	年 月 日	まで	令和	年 月 日	まで
			受けた報酬額			円
			受けることができる報酬額			円
上記のとおり申請します。						
令和 年 月 日 (〒 -)						
住所						
被保険者						
氏名						
電話 ()						
ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿						
振 込 先	銀 行		本店	普通・当座		店番号
	金 庫		支店			
(被保険者名義) カタカナで記入してください。				口座番号		

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	分娩年月日	令和 年 月 日	出生児 (胎児数)	単胎
	分娩予定日	令和 年 月 日		多胎 (児)
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日 (〒 -)				
医師または助産師 所在地				
施設名				
氏名				
電話 ()				

受付日付印

◎申請上の注意
 一、この様式は、女性被保険者が分娩して、その産前・産後を通じて会社の勤務を休んだ期間の報酬の支払いを受けられなかった場合に申請するものです。
 二、この申請をするときは「医師又は助産師」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出してください。

キリトリ線

事業主の証明	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	
	上記の期間中 の分として 支払う報酬 関係	全額支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	金	円				
		一部支給した場合、又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	金	円	(月 日支払)			
		現在までも又将来も支給しない場合は、その旨								
	欠勤控除を行っている場合その控除額	1日当たり	欠勤日数		欠勤控除額					
		円 ×	日 =							円
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業主</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>										

※ 分娩のため休んだ期間が資格喪失後または任意継続被保険者であって、その期間が無職無収入であった場合は、当該欄にて本人が証明してください。

任意継続被保険者 資格喪失後 無職無収入証明	自 令和 年 月 日								
	至 令和 年 月 日								日間 無職無収入でした。
	上記のとおり相違ありません。								
	令和 年 月 日								
	被保険者	氏名							