

出産手当金支給申請書

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

申請日 年 月 日

被保険者証の記号と番号		被保険者(申請者)の氏名		生年月日	
記号	番号			昭和 平成	年 月 日
所属(事業所)					
①出産予定日	令和 年 月 日	②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 年 月 日まで 日間				

〔出産手当金振込先(被保険者記入)〕

金融機関名		銀行	口座番号									普通預金
支店名		本店 支店	口座名義	(フリガナ)								

※振込先が被保険者(申請者)以外の場合は、委任状を添付してください。

※口座名義が旧姓の場合は、旧姓をご記入ください。

〔医師または助産師の意見記入欄〕

出産者氏名			
出産予定年月日	年 月 日	出産年月日	年 月 日
生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)	出生児の数	単胎・多胎(児)
入院して出産したときはその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
うえのとおり相違ありません。 年 月 日			
医療施設所在地			
医療施設名称			
医師または助産師の氏名 印 ー ー			

〔事業主の証明〕

労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間								
うえの期間中の分として報酬を「支給した」場合又は「支給する」場合、その期間と支給額を記入してください。									
該当月	年	月	日	年	月	日	日間	支給額	日額
年 月	自:			至:				円	円
年 月	自:			至:				円	円
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日									
事業所所在地									
事業主氏名 印									

支給決定額
円

住友倉庫健康保険組合

常務理事	事務長	担当者