

# 出産手当金申請書

提出日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の記号・番号				被保険者の氏名		(フリガナ)		
	被保険者の生年月日				被保険者の住所				
	年 月 日				〒				
	出産のため休んだ期間 (申請期間)				自 : 年 月 日		至 : 年 月 日		( 日間 )
	上記のとおり申請します。								
年 月 日				被保険者住所					
黒崎播磨健康保険組合 御中				被保険者氏名					
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。								
	年 月 日				被保険者氏名				
代理人所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号									
名称 黒崎播磨株式会社									
氏名 代表取締役社長 江川 和宏									
※受取方法：給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)									
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	対象者氏名								
	労務に服さなかった期間		年 月 日から		【日数： 日間】				
			年 月 日まで						
	上記の期間について賃金を支給しましたか		<input type="checkbox"/> はい		給与の種類		賃金計算		締め日
			<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		日
				<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給		支給日	
				<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 当月	
								<input type="checkbox"/> 翌月	
上記のとおり相違ないことを証明します。									
事業主		所在地		福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号					
		会社名		黒崎播磨株式会社					
		代表者		代表取締役社長 江川 和宏					
医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 す る と こ ろ	出産者の氏名								
	出産予定日		年 月 日		出産日		年 月 日		
	出産児の数		単胎・多胎(児)		生産または死産の別		生産・死産(妊娠週)		
	上記のとおり相違ありません。								
	医師・助産師		所在地		年 月 日				
		医療機関名							
		医師・助産師氏名							
		電話番号							

黒崎播磨健康保険組合(209) 2024.12

健 保 記 入 欄	支給額	円		常務理事	事務長	担当
	標準報酬 月額・日額	平均月額 日額	千円 手当日額			
	支給期間	年 月 日から	【 日間】	資格取得年月日	年 月 日	
		年 月 日まで		資格喪失年月日	年 月 日	
	出産予定日	年 月 日		全部・一部不支給	月 日から	【 日間】
出産日	年 月 日			月 日まで	【 円】	

受付印