

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

支給支払決議書			
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			

支給額		円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
標準報酬 月額		円

出産手当金支給申請書

(第 回 目)

3-4-5

被 保 者 記 入 欄	三菱鉛筆健康保険組合理事長殿 年 月 日 〒 住所： 被保険者 氏名： 下記のとおり申請します。 電話番号： (日中の連絡先)					
	被保険者証 の記号・番号	—	事業所 の名称		標準報酬 月額	円
	今回の申請期間は出産前のものですか、出産後のものですか、 あるいはその両方の期間にかかるものですか。				出産前・出産後・出産前後	
	出産日	年 月 日	出産予定日	年 月 日		
	出産のため 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで				日間
	出産のため休んだ期間に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。				はい ・ いいえ	
	出産のため休んだ期間の報酬(賃金) の全部または一部を受けたとき又は 受けられるときはその報酬額及び期間		年 月 日から 年 月 日まで			日分 円
	振込先	銀行		支店 (普通 当座)		

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	出産年月日	年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	出産予定日	年 月 日		
	正常出産又は 異常出産の別	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 月)
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			
所在地：				
医療機関名：				
医師・助産師 の氏名				
電話番号： — —				

事業主の証明	労務に服さなかった期間		年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		
	上の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年 月 日 ~ 年 月 日までの分	日額	円
		一部支給の場合	年 月 日 ~ 年 月 日までの分	日額	円
支給しない場合はその旨					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日</p> <p>所在地 :</p> <p>事業所名称 :</p> <p>事業主名 :</p>					

▼原則、給付金は事業主経由でお支払いしますので、委任状に被保険者の氏名を記入してください。

委任状	私は、本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日			
	被保険者 氏名 :			
	住所 :			
	代理人 氏名 :			
	委任者と代理人との関係 (印)			

▼給付金支払いを事業主へ委任した場合は、「振込先」は記入不要です。

振込先	銀行	支店 (普通当座)
-----	----	-------------

【事業主の証明について】

労務に服さなかった期間に報酬が支払われている場合には、支払う報酬関係の欄を記入します。
「全額支給」は報酬日額の全額を支給した場合、「一部支給」は報酬日額の一部を支給した場合に記入します。
「全額支給」または「一部支給」があるときは、出勤簿および賃金台帳の写しを添付してください。
その後も以降も支給しない場合は、「支給しない」と記入してください。

事業主の証明は、書類作成日が証明日となります。※申請期間を過ぎてから証明してください。