

① 被保険者証の記号・番号 新 ② え ③ 24 ④ 550815	⑤ 生年月日 年 月 日 1. 2. 3. 4. 5.	⑥ 支給額計算 給付の受取 記録番号 代理人 ※ 0 無 1 有	⑧ 交付年月日 年 月 日
⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印 ヤマシタ ハナコ 山下 花子	⑦ 事業所の名称 株式会社HTテクノロジー		
被保険者(申請者)の住所 ⑩ 郵便番号 3501137 ⑪ 住所コード	(フリガナ) カワゴエシスナシンデン 埼玉県川越市砂新田 - - 電話 049-111-1111		
⑫ 被保険者の資格を取得した日 平成18年3月1日	⑬ 被保険者の標準報酬月額 260 千円		
⑭ 出産(予定)の日 平成 200502	⑮ 左記の⑭の出産日は実出産ですか又は予定出産ですか 1. ⑯ 実出産 出産予定日 20年5月1日 2. 予定出産		
⑰ 出産のため休んだ期間(支給期間) 平成20年3月21日 平成20年6月27日	99 日間	自 年 月 日 日数 至 年 月 日	
⑱ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。 受けた(受けない) 受けられる(受けられない)	⑲ 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円	

出産手当金は産前42日産後56日の合わせて98日について支給されますが、出産予定日より遅れて出産した場合は遅れた日数分も支給されます。例では5月1日が出産予定日でしたが、1日遅れて5月2日の出産ですので、99日間出産手当金を受給できます。

⑳ 支給算出額(千円)	㉑ 減額期間	㉒ 全部不支給	㉓ 不支給(産前)	㉔ 不支給(産後)
	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数	期間 自 年 月 日 至 年 月 日 日数

⑳ 支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	㉑ 支払口座 ① 普通 ② 当座 ③ 通知 ④ 別	㉒ 銀行 ABC 川越	㉓ 支店 本店 支店 本所 支所 本店 支店
㉔ 金融機関コード	㉕ 口座番号 9876543	㉖ 口座名義 山下 花子	
㉗ 銀行送金の場合	銀行 支店	㉘ 郵便局送金の場合	郵便局

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日		平成 年 月 日提出 受付日付印
	被保険者(申請者)の氏名	住所氏名	
	⑲ 代理人の氏名と印 (フリガナ)	委任者と代理人との関係	
	⑲ 代理人の住所 ⑩ 郵便番号 ⑪ 住所コード	(フリガナ) 電話 ()	
社会保険労務士の提出代行者印			

○「初回申請分」には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

⑥労働に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。）		出勤	有給						
19年3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 0 日	0 日						
19年4月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 0 日	0 日						
19年5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 0 日	0 日						
19年6月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 0 日	0 日						
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日						
労働につかなかった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く）		賃金計算							
(1) 支給しない（現在も将来も支給しない場合はその理由を記入してください。）		締日	20 日						
当社就業規則第52条により支給しない		支払日	翌月10 日						
(2) 全部または一部支給した（する）場合はその内訳									
⑦支給した（する）内訳	支給期間	単価	全部支給	一部支給	一部支給	支払日	給与の種類 (○で囲んでください)		
	区分		月日～月日	月日～月日	月日～月日				
	基本給							月 日	月 給 日 給 時 間 給 歩 合 給 日 給 月 給 そ の 他
	家族手当							月 日	
	手当							月 日	
	手当							月 日	
	手当							月 日	
現物給与					月 日				
計									
上記のとおり相違ないことを証明します						担当者氏名			
平成20年7月12日 事業所所在地 東京都新宿区西新宿									
事業所名称 株式会社HTテクノロジー									
事業主氏名 代表取締役 滝島 秀信						電話 03-9999-9999			

出産年月日	平成20年5月2日	出産予定年月日	平成20年5月1日
正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠ヶ月）
出生児の数	単胎・多胎（胎児）		
<p>医師または助産師が意見を記入するところ</p> <p>上記のとおり相違ありません</p> <p>医療施設の所在地 埼玉県川越市伊佐沼</p> <p>医療施設の名称 川越総合病院</p> <p>医師・助産師の氏名（職名） 財津 二郎</p> <p>電話（049局） 222-2222 番</p>			

出産した病院の意見を記入してもらう必要がありますので、当該従業員にこの『出産手当金支給申請書』を渡し、出産病院にて当欄に記入してもらってください。