

提出  
区分

- 1 申請者から直接
- 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

（第 回）

組合員	被保険者証 記号・番号		氏名	⑩ <small>署名される場合又はご遺族が申請される場合は押印不要です。</small>
	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )	
申請年月日	平成 年 月 日	事業所名		
申請者区分	1 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 2 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） <small>次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。</small>			

申請者  <small>組合員が申請者の場合は、記入不要です。</small>	氏名	⑩	組合員との続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	( ) -	1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )	

○ 申請内容に関する項目

退職年月日 (退職者の場合)	平成 年 月 日	最終稼働年月日 (第二種の場合)	平成 年 月 日
出産のために 休業した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	出産予定 年月日	平成 年 月 日
		出産年月日	平成 年 月 日
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)		
休業期間中に 事業主から 支給された 報酬額及び期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円	出産手当金を 請求する 期間及び日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間

○ 受領方法、振込先等

受領方法	この申請書に基づく保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。
<small>該当する番号を○で囲んでください。なお、「2」の場合は記入年月日、住所、氏名を記入のうえ押印してください。</small>	1 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します) 2 次の代理人に受領を委任します。 平成 年 月 日 組合員 氏名 ⑩ (申請者) 住所
	<small>次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。</small>

代理人	氏名	⑩	住所	〒 -
	申請者との関係		電話番号	( ) - 1 自宅 ・ 2 携帯 ・ 3 その他 ( )

振込先  <small>事業主に受領委任される場合又は通帳の写（口座番号等の記載面）を添付される場合は記入不要です。</small>	金融機関名称		支店名称	コード
	預金種目	口座番号	口座名義（フリガナ）	
	1 普通（総合を含む） ・ 2 当座		( )	

(注) 「提出区分」、「申請者区分」、「受領方法」、「預金種目」の各欄は、該当する番号を○で囲んでください。また、「電話番号」欄については、日中連絡が可能な電話番号を記入のうえ、自宅、携帯等の区分について、該当する番号を○で囲んでください。

「振込先」欄の記入誤りがあった場合は送金できませんので、できる限り通帳の口座番号等の記載面（ゆうちょ銀行の場合は振込用の口座番号等記載面）を添付してください。（その場合、「振込先」欄は記入不要です。）

「勤務状況等」欄と「診療担当医師の意見書」欄（ともに別紙）に、必ず証明を受けて提出してください。

## 勤務状況等についての事業主の証明書

勤務状況 <small>出勤は「出」、有給は「有」、公休は「公」、欠勤は「欠」、前日と同じ場合は「→」と記入してください。</small>	平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
	平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
	平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	(出勤日数： 日)	
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	(有給日数： 日)
給与体系	月給 ・ 日給				賃金締日				日											
上記休業期間を含む賃金計算期間に支給された賃金の内訳 <small>休業期間中に係る賃金について、全額控除している場合は記入不要です。また、賃金台帳の写を添付される場合、この欄は記入不要です。</small>		期間	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	<small>休業期間中に係る賃金を一部減額して支給されている場合、その計算方法</small>														
	手当の名称	金額	金額	金額																
		円	円	円																
		円	円	円																
		円	円	円																
		円	円	円																
		円	円	円																
		円	円	円																
	合 計	円	円	円																
組合員氏名				の勤務状況等について、上記のとおり相違ないことを証明します。																
平成 年 月 日				所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span>																

(注) 出勤簿の写を添付してください。なお、退職後の期間に係る出産手当金の支給申請を行われる場合は、この証明書欄は記入不要です。

## 医師又は助産師の証明書

出産者氏名		生年月日	3 昭平 年 月 日 4
出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
上記のとおり証明します。		出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)
平成 年 月 日		所在地 医師又は 助産師 医療機関等 名 称 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span> 電話番号 ( ) —	

(注) 2回目以降の申請については、この「医師又は助産師の証明書」は提出不要です。