【申請方法】

①申請書に必要事項を記入し、医師の証明を受けた後、
各社担当窓口へ提出ください。

常務理事	担当者	担当者	

出産手当金支給申請書

第 回 目

(1/2)

被保険者が記入するところ	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日						
	被保険者氏名	フリガナ			被保険者住所	〒								
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日	申請区分	1. 出産 2. 出産の予定	単胎・多胎 妊娠の別	単胎・多胎
	出産のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 から				年 月 日 まで				日間				
	無職無収入の証明	※資格喪失後の方、任意継続被保険者は、無職無収入証明を記入してください。												
		年 月 日 から				年 月 日 まで				日間 無職無収入でした。				
上記のとおり申請します。														
年 月 日 被保険者氏名														
ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合 理事長 殿														

委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領に関することを 年 月 日 被保険者氏名	に委任いたします。
-----	--	-----------

振込先金融機関(※1)	☐ 第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。 (チェックをした場合、下段の金融機関の記入は省略できます)		
	被保険者名義の口座をご記入ください。その他の名義口座の場合には上段の、「委任状」欄に署名が必要となります。	銀行 本店 金庫・信組 支店 農協・漁協	年 月 日 提出 受付日付印
	支店番号	普通 当座	口座番号(右づめ)
	名義人(フリガナ)		

※ 被保険者証の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名	様	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日	
	出産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)						単胎・多胎妊娠の別	単胎・多胎(児)				
	入院して分娩したときは、その期間	年 月 日 から						日間	入院の費用の別	健保費 公費 自費 その他			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 職名() 医療機関名 医師氏名 電話												

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業所が証明するところ	被保険者氏名												
	報酬の支給形態	1.月給制 2.日給月給制	締日	日	欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)								
		3.日給制 4.時間給制			・基本給は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき) ・諸手当は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき) ・その他()								
	5.その他()	支払日	日										
労務に服さなかった期間	年 月 日から			日間	ただし(具体的な日付を記入してください)				左の期間中に報酬を支給しました(します)か		1.支給した(する) 2.支給しない		
上記の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください													
		基本給	家族手当	営業手当	通勤手当	役職手当	手当	手当	手当	手当	手当	手当	
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
実際の報酬支払額	月分	年 月 日から	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
上記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 事業所名称 事業主氏名 電話													