ここには記入しないでください

出産手当金支給申請書

第 1 回目

(1/2)

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号	○○						番号	○○							生年月日	昭和 平成	○	○	年	○	○	月	○	○ 日
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ ヨシコ 健保 良子															被保険者住所	〒 郵便番号・住所・電話番号を記入ください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入ください ※支給決定通知書の送付の際に使用します 電話 ( )								
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 ○○ 日間 ○ 年 ○ 月 ○ 日 まで																								
無職無収入の証明	※資格																								

資格喪失後の方、任意継続被保険者の方は記入が必要となります

上記のとおり申請します。

○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 良子

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 。

年 月

被保険者氏名 ※自署は押印省略可

※支払金融機関の名義が被保険者と異なる際は、「委任状」欄に署名が必要となります

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）

２回目以降の申請の際に使用する欄です

被保険者名義※2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 金庫・信組 農協・漁協			○○			本店 支店			
	支店番号			普通・当座			口座番号（右づめ）						
	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○
	名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ ヨシコ												
	健保 良子												

○年 ○月 ○日提出

受付日付印

※ 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	
出産又は 死産の別	
入院して	
上記のと 平成 職名（	※担当医師が記入・証明する欄

※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		
労務に服さな かった期間		
上記の期間中		
欠		
実際の報酬支払額	月分	※事業所が記入・証明する欄
	月分	
	月分	
	月分	
	月分	
上記の 平成		

事　業　主　氏　名

電　　話