

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	人財部にて対応 ■ 請求期間にかかる出勤簿および賃金台帳の写し

		受付担当

(健保組合使用欄)

前回	自	令和	年	月	日	標準報酬	
	至	令和	年	月	日	月額	千円

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

出産手当金支給申請書 (第 回目)

下記のとおり申請いたします。

(その1)

注意事項

※印刷は、申請書(その1) (その2)を片面印刷してください。それぞれに配信すること

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	5 9 -	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社			
	被保険者氏名	(ワガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者住所	〒					
	この請求は分娩前のものでしょうか、分娩後のものですか			分娩前・分娩後			
	分娩前のときは分娩予定日、分娩後のときは分娩の日			令和 年 月 日 分娩予定 令和 年 月 日 分娩			
	分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで 日間					
	上の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたとき または受けられるときはその報酬額および期間			令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	受けた報酬額			円			
	出産のため入院したときは その医療機関等の	名称					
		所在地					
振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	普通預金口座番号				
	銀行	本店 支店					

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

委 任 状	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。			振 込 希 望 口 座	金融 機関名	銀行
	被保険者	住所			支店名	本店 支店
		氏名			普通預金 口座番号	
	受取代理人	住所			ワガナ	
		氏名			口座名義	
委任者と代理人との関係						

受付日付印

被保険者証 記号・番号	5 9 -	被保険者氏名	
----------------	-------	--------	--

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日までの	
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日までの分として	円
		一部支給の場合	令和 年 月 日から	日間
令和 年 月 日までの分として	円			
支給しない場合				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

医師または助産師が意見を書くところ	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	出生児の数	単胎・多胎( 児)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 名 称 医療機関 医療施設 医師名 助産師名 電話番号			

備考	
----	--