

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 〇〇年 △△月 □□日

出産手当金支給申請書 (第〇回目)

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。 ※事業主および医師の証明を完備のうえ提出してください。 ※それらに配信すること

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 〇〇センター
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和 3年 7月 8日
	被保険者住所	〒 △ △ △ - □ □ □ □ 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号		
	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 令和〇〇年 7月 10日 分娩		
	分娩のため休んだ期間	令和 〇〇年 5月 30日 ~ 令和 〇〇年 9月 4日まで 98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 〇〇年 5月 30日から 98日間 令和 〇〇年 9月 4日まで 受けた報酬額 〇〇〇,〇〇〇 円		
	出産のため入院したときは その医療機関等の	名称	〇△□病院	
		所在地	福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目〇-〇	
	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	1 2 3 4 5 6 7	

※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		フリガナ	
		フリガナ 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	健保 太郎
----------------	---------------------	--------	-------

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 令和 年 月 日までの	日間	
	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 令和 年 月 日までの分として	日間 円
		一部支給の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分として	日間 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	事業主が記入します		

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 医師が記入します 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	
----	--