

# 出産手当金支給申請書

※記入、または☑をしてください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		番号		
	被 保 険 者	氏名	(フリガナ)			
		住所	〒			
			平日の日中に連絡が取れる電話番号 ( )			
		生年月日	☐昭和 ☐平成		年	月 日
	事業所(会社)の名称		内線	-	従業員番号	
	被保険者資格取得年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日				※お手元にある健康保険被保険者証の「資格取得年月日」欄を確認して記入してください
	出産日	令和	年	月	日	☐単胎 ☐多( )胎
出産のため休んだ期間	令和	年	月	日から	令和 年 月 日まで 日間	
振込先の確認	現在の状況についてお尋ねします <input type="checkbox"/> 1. 在職中→ <input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します <input type="checkbox"/> 2. 令和 年 月 日退職(喪失) または 退職(喪失) 予定 →下記振込口座欄にご記入ください					

振込先の確認欄において「2」に該当する方、または1ヵ月以内に退職(喪失)予定の方は右欄に被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください	銀行 金庫 信組					店・本店 支店・出張所
	預金種別	普通	口座番号	口座名義	カタカナ	

出産のために休んだ期間中に資格を喪失する方は右記の内容について誓約してください	私は、上記期間中に、健康保険の資格を喪失し、その後、家族の健康保険の扶養に入り、支給日額3,612円以上受け取った場合は、ただちにオリエンタルランド健康保険組合へ申し出て、家族の扶養に入った日以降の出産手当金を全て返還することを誓約いたします。	誓約します <input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------------------

健保使用欄 (月額¥ ) (日額¥ )	支払日付印	受付日付印
	健保処理日	

出産手当金支給申請書(2ページ目)

- 事業主 1. 日別勤務状況一覧表、または出勤簿  
 添付書類 2. 給与証明書、または賃金台帳  
 3. その他、健康保険組合が指定したもの

被保険者氏名	
--------	--

事業主が記入する欄	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 日間
	全部または一部支給する場合	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
		内訳 ( 日分)(¥ )( 月 日 支払)
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		担当者氏名
事業所 所在地 名称 代表者		

医師または助産師の意見	分娩年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多( )胎	
	遅れた場合は分娩予定日	令和 年 月 日		
	正常分娩または異常分娩の別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	出産または死産の別	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
所在地 医療機関 名称 (職名 ) 氏名 電話 ( )				

--