支給決議書			108条内訳		不支給期間	
	支給期間	年 月 日 年 月 日 日間		月 日～ 月 日 円/日 × 日＝ 円		年 月 日 年 月 日 日間
	2/3	月 日 月 日 日 千円		月 日～ 月 日 円/日 × 日＝ 円	不支給理由	□出勤 □有給 □108条 □前回支給済 □法定給付外
		月 日 月 日 日 千円		月 日～ 月 日 円/日 × 日＝ 円	予定日	令和 年 月 日
	108条	月 日 月 日 日			分娩日	令和 年 月 日
					備考	

出産手当金支給申請書

（第 回）

被保険者注意事項

1．⑤欄は、分娩のため事業所の勤務を休み、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は分娩の日が分娩予定日よりも遅れた場合は分娩当日を含む四十二日間（多胎妊娠の場合においては九十八日間）を超えても休業期間中は支給されます。分娩の日後は五十六日間を限度として支給されます。

2．訂正したときは、訂正印として被保険者印を訂正した箇所に押してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号番号	記号	999	② 被保険者氏名	埼機 花子
	番号	999	③ 生年月日	昭・平 33 年 3 月 3 日
④ 被保険者住所	〒330-×××× さいたま市大宮区桜木町 ○-××-△ （電話 048 （ ××× ） ××××番）（ 方）			
委任状	この給付金の受領を事業所に委任します。 令和 99 年 99 月 99 日 被保険者氏名 埼機 花子 現在、事業所に勤務の方は、委任状欄に被保険者名を記載してください。 退職後の申請で、上記に委任しない場合は、 （1）申請者に振込む⇒「給付金等振込送金依頼書」 （2）個人に委任する⇒「給付金等受領委任状」（用紙は組合にお申し出ください）			
⑤ 分娩のため休んだ期間（申請期間）	令和 ×× 年 10 月 1 日から 98 日間 令和 ×× 年 1 月 6 日まで		⑥ 分娩予定日	令和 ×× 年 11 月 13 日
			⑦ 分娩年月日	令和 ×× 年 11 月 11 日
⑧ うえの⑤の期間に対する賃金を受けましたか。または今後受けられますか。			☑はい □いえ	
⑨ 賃金の支給を受けた又は受けられるときはその内訳	令和 ×× 年 10 月 1 日から 令和 ×× 年 10 月 2 日まで		の分として 27,272 円	
⑩ 出生児の数	単胎・多胎（ 児）			
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は欄等欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）			

（注意）この給付の支払の際に、その給付種別について事業所担当者にお知らせすることがあります。
また、勤務先・医療機関等・市区町村・労働基準監督署・全国健康保険協会などに問い合わせをする場合があります。（6.04.01）

事業主注意事項

1．⑪⑬欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。

2．⑪欄は賃金締切日どおりに出勤は○、欠勤は×、有給は有、早退は早、遅刻はチ、事業所の休日は休、と記入してください。

3．⑬の欄について、労務に服さなかった期間（通勤、住宅手当などの固定給与）は、支給日がこなくても記入してください。

4．訂正したときは、訂正印として事業主印を押してください。

事業主が記入するところ

⑪ 労務に服さなかった期間 10月 1日から 1月 6日 98日間

出勤状況

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
××年 10月	有	有	産休	休	休	産休	→	→	→	休	休	休	産休	→	→	→	休	休	産休	→	→	→	→	→	休	休	産休	→	→	→	→
××年 11月	産休																													→	
××年 12月	産休																														→
××年 1月	産休	→	→	→	→	→	産休																								→

⑫ 賃金の形態および算出基礎

月給者	日給者	時給者	日給月給者
（月額 円）	（日額 円）	（時給 円）	（月額 300,000円） （日給 13,636円）

⑬

区分 ＼ 月分及び賃金計算期間	XX 年 10 月支給分 10月 1日から 10月31日までの分	XX 年 11 月支給分 11月 1日から 11月30日までの分	XX 年 12 月支給分 12月 1日から 12月31日までの分	XX 年 1 月支給分 1月 1日から 1月31日までの分	備考
基本給	27,272 円	0 円	0 円	0 円	
残業手当	0 円	0 円	0 円	0 円	
家族手当	0 円	0 円	0 円	0 円	
役付手当	0 円	0 円	0 円	0 円	
通勤手当	0 円	0 円	0 円	0 円	
	円	円	円	円	
	円	円	円	円	
合計	27,272 円	0 円	0 円	0 円	

⑪の期間の賃金支給状況および計算内訳（賃金の支給が全然ない場合でも0と記入してください。）

出勤簿および賃金台帳との照合確認の結果
うえのとおり相違ないことを証明します。
令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

⑭ 事業所名称 ○○○株式会社
事業所所在地 ○○市△△町××
事業主氏名 代表取締役 ○○ ○○○
（電話 ××× （ ××× ） ×××× 番）

医療機関注意事項

・訂正したときは、訂正印として⑲と同じ印で訂正した箇所に押してください。

医師又は助産師が記入するところ

⑮ 分娩予定日	令和 ×× 年 11 月 13 日
⑯ 分娩年月日	令和 年 月 日 （生産）・死産（妊娠 39 週）
⑰ 出生児の数	（単胎）・多胎（ 児）

うえのとおり相違ありません。
令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日

医療機関名称 ○○○病院
⑱ 医療機関所在地 ○○○市△△△町 ○-××-△
医師・助産師氏名 □□ □□□ ⑲
（電話 ×××（×××）×××× 番）

令和 年 月 日提出

埼玉機械工業健康保険組合