

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	HR Planning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)の証明を完備する(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 ○○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○○町○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○○年 7 月 10 日 分娩									
	分娩のため休んだ期間	令和 ○○年 5 月 30 日 ~ 令和 ○○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 ○○年 5 月 30 日から 98日間 令和 ○○年 9 月 4 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	○△□病院								
		所在地	福岡県福岡市博多区○○町○丁目○-○								
	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。 令和 年 月 日		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									
	受取代理人	住所		フリガナ	普通預金 口座番号						
		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 住所 名称 医療機関 医療施設 医師名 助産師名 電話番号			

医師が記入します

備考	
----	--