

| | |
|-------|--|
| 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）（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 | 被保険者等 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 | (フリガナ) | 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 | | | | |
| | 受取代理人 | 住所 | | | 普通預金 口座番号 | |
| | | 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

