

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）を片側印刷してください。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 ○○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。				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

被保険者等 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	日間
			令和 年 月 日までの	
	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	日間
			令和 年 月 日までの分として	円
		一部支給の場合	令和 年 月 日から	日間
令和 年 月 日までの分として			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

医師が記入します

備考	
----	--