

理事長	常務理事	事務長	係

出 産 手 当 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号		被保険者氏名			
	被保険者番号		生年月日	昭・平	年	月 日
	被保険者住所	〒 - (電話番号 - -)				
	①分娩のために 休んだ期間 (申請期間)	年 月 日 から	分娩予定日	年 月 日		
		年 月 日 まで	分娩年月日	年 月 日		
	①の期間に報酬を 受けましたか？	☐ はい ☐ いいえ	①の期間の報酬を今後受ける 予定はありますか？	☐ はい ☐ いいえ		
	賃金の支給を受けた又は 受けられるときの内訳	年 月 日 から	の分として _____ 円			
		年 月 日 まで				
	委任状 (受領を委任 するとき のみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します				
		年 月 日				
		被保険者 住所				
		(請求者) 氏名				
		住所				
		代理人 氏名				
振 込 先 希 望 口 座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合にはレ点を入れ、利用しない場合には下記を記入してください)					
	☒ 受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません					
	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協 郵便局		支店 本店 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	フリガナ					
被保険者氏名 (代理人氏名)					受付印	
備考						
※被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄に記入してください						

サイボー健康保険組合 2023.3

事業主が記入するところ	② 業務に服さなかった期間 月 日 月 日 計 日間	出勤状況	年月	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
			年月	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
			年月	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
			年月	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
			年月	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
			年月	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
	賃金の形態及び算出基礎	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		円																		
														日額		円																		
③欠勤控除の計算方法																																		
④ ②の期間の賃金支給状況及び計算内訳		満額支給単価	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分																											
			月 日から	月 日から	月 日から	月 日から	月 日から																											
			月 日まで	月 日まで	月 日まで	月 日まで	月 日まで																											
	基 本 給	円	円	円	円	円																												
	家 族 手 当	円	円	円	円	円																												
	残 業 手 当	円	円	円	円	円																												
	通 勤 手 当	円	円	円	円	円																												
	手 当	円	円	円	円	円																												
手 当	円	円	円	円	円																													
合 計	円	円	円	円	円																													
出勤簿及び賃金台帳との照合確認の結果 上の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 (電話番号 ー ー) 事業所名称 事業所所在地 事業主氏名																																		

医師又は助産師が記入するところ	分娩年月日	令和 年 月 日 生産・死産（妊娠 週）
		（分娩予定日 令和 年 月 日）
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 （ 児）
	上の通り相違ありません 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 称 医 療 機 関 所 在 地 医師・助産師名 (電話番号 一 一)	

事業主
注意事項

- ① ② ④ 欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。また、② 欄について、出勤は○、欠勤は×、有給は⑤、半休は半
早退は早、遅刻はチ、事業所の休日は㊦、と記入してください。
- ② 欠勤控除がある場合には、欠勤控除の計算方法を③に必ず記載してください。
- ④ 欄について、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの（家族、通勤、住宅手当などの固定給）は支払日がなくなっても