

## 【申請方法】

- ①申請書に必要事項を記入し、医師の証明を受けた後、  
 株パルGHD、株パルの方は大阪本社人事部へご提出ください。  
 株ナイスクラップ、株マグスタイルの方は東京本社管理部総務へご提出ください。

常務理事	事務長	担当者	担当者

## 出産手当金支給申請書

(1/2)

第 回目

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等 の記号番号	記号					番号									生年月日			昭和 平成	年	月	日		
	被保険者 氏 名	フリガナ												被保険者 住 所	〒									
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定 年 月 日	令和	年	月	日	申請区分	1.出 産	2.出産の予定		単胎・多胎 妊娠の別	単胎・多胎								
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	年 月 日 から 年 月 日 まで												日間										
	無職無収入 の証明	※資格喪失後の方、任意継続被保険者は、無職無収入証明を記入してください。 年 月 日 から 年 月 日 まで																						
		日間 無職無収入でした。																						
上記のとおり申請します。																								
年 月 日 被保険者氏名																								
パルグループ健康保険組合 理事長 殿																								

委 任 状	私は、本請求に基づく給付金の受領に関するこことを に委任いたします。																		
	年 月 日																		
	被保険者氏名																		

振 込 先 金 融 機 関 (※ 1)	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。 (利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。																																																																																																																																																											
	□ 第1回と同様の振込先を指定する場合はチェックを入れてください。 (チェックをした場合、下段の金融機関の記入は省略できます)																																																																																																																																																											
	被保険者名義 の口座をご記入 ください。その 他の名義口座の 場合には上段 の、「委任状」 欄に署名が必要 となります。	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">銀 行</td> <td colspan="16">本店</td> </tr> <tr> <td colspan="3">金庫・信組</td> <td colspan="16">支店</td> </tr> <tr> <td colspan="3">農協・漁協</td> <td colspan="16"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">支店番号</td> <td colspan="2">普通</td> <td colspan="2">当座</td> <td colspan="10">口座番号(右づめ)</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="10"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="19">名義人(フリガナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="19"></td> </tr> </table>																			銀 行			本店																金庫・信組			支店																農協・漁協																			支店番号			普通		当座		口座番号(右づめ)																																			名義人(フリガナ)																																				
銀 行			本店																																																																																																																																																									
金庫・信組			支店																																																																																																																																																									
農協・漁協																																																																																																																																																												
支店番号			普通		当座		口座番号(右づめ)																																																																																																																																																					
名義人(フリガナ)																																																																																																																																																												
年 月 日提出 受付日付印																																																																																																																																																												

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。

(2/2)

医師又は助産師が証明するところ	出産者 氏名	様	出産年月日 令和	年	月	日	出産予定期 令和	年	月	日	
	出産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)	单胎・多胎 妊娠の別			单胎・多胎(児)					
	入院して分娩したときは、 その期間	年	月	日	から	日間			入院の 費用の別	健保 公自 その他	
		年	月	日	まで						
	上記のとおり相違ないことを証明します。										
	年 月 日 所在地 職名( ) 医療機関名 医師氏名 電話										

**※労務に服さなかつた期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。**

事業所が証明するところ	被保険者 氏名										
	報酬の 支給形態	1.月給制 2.日給月給制 3.日給制 4.時間給制 5.その他( )	締 日 支 払 日	欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)							
				日	・基本給は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき ) ・諸手当は ①控除しない ②控除する(欠勤1日につき ) ・その他( )						
				日							
	労務に服さなかつた 期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	ただし(具体的な日付を記入してください) は出勤のため除く			左の期間中に報酬を支 給しました(します)か は有給休暇	1.支給した(する) 2.支給しない			
	上記の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額について、報酬の締切ごとに記入してください										
			基本給	家族手当	営業手当	通勤手当	役職手当	手当	手当	手当	
欠勤しなかつた場合の 1ヶ月の報酬支払額			円	円	円	円	円	円	円	円	
実際の 報酬支 払額	月分	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。											
年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話											