

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		電話番号 (日中連絡先)	()			
	住所	〒						
	事業所名称	資格取得日		昭和・平成	年	月	日	令和

申請内容	出産予定年月日	令和	年	月	日								
	出産日	令和	年	月	日								
	出生児数	単胎・多胎(児)											
	出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
	上記期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか	はい いいえ	「はい」の場合、 その報酬支払の基礎と なった期間と報酬額		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで

*退職者は公金受取口座又は口座欄いずれか記入。

振込先	口座名義	銀行名	支店名	口座名義(フリガナ)	種別	口座番号
					普・当	

※公金受取口座を利用する場合は口座は記入しないでください。

公金受取口座 マイナポータル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☑、利用しない場合は口座又は委任状欄を記入)

委任状	被保険者 (請求者)	私はこの給付金の受領を下記受任者に委任します。					令和	年	月	日
		住所								
		氏名	印							
	受任者 (事業所)	住所								
	氏名	印								

組合使用欄	取得	喪失	支給年月日	

社会保険労務士の 提出代行者印			(R4.10)
--------------------	--	--	---------

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者本人が記載したことの確認の為「□本人記載確認」欄にチェックをしてください。

申請の際は必ず2枚1セットでご提出ください。

東京都鉄二健康保険組合

医師・助産師記入欄	出産者氏名			○訂正した時は訂正印をお願いします。
	出産予定年月日	令和	年 月 日	
	出産年月日	令和	年 月 日	
	出生児数	単胎・多胎(児)		
	生産または死産の別	生産・死産(週)		
上記の通り相違ありません。				
令和 年 月 日				
所在地 〒				
医療機関 医療機関名				
医師・助産師氏名 TEL ()				

被保険者氏名			* 労務に服さなかった期間を含む全賃金計算期間の賃金台帳とタイムカード(出勤簿)の写しを提出してください。					
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から (歴日数) 令和 年 月 日 まで 日間						
勤務状況 出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は/でそれぞれ表示し、出勤・有給の日数を記入してください。			出勤	有給				
令和 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	日	日					
令和 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	日	日					
令和 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	日	日					
令和 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	日	日					
上記の期間に対して賃金を支給しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給月給()	賃金計算	締日 日			
			支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日				
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入、支払割合は1か月分の給与に対し全部か一部が該当する方に○をつけてください。								
事業主が証明するところ	支給した賃金内訳	区分	全額支払った場合の 一か月の賃金	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
	基本給	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	通勤手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	住居手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	家族手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	手当	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	変動給	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
	計	円	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	円(全・一部)	
上記の通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 電話番号 ()								