

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等記号・番号	②	③ 被保険者生年月日 昭 年 月 日 平 年 月 日	④ 資格取得年月日	⑤ 資格喪失年月日	
	被保険者資格等をご確認のうえ正しくご記入ください			令 年 月 日	令 年 月 日	
	⑥ 被保険者(申請者の氏名と印) (フリガナ) オオサカ ハナコ 大阪 花子		⑦ 事業所の名称 〇〇電気工事株式会社		法人の役員ですか いいえ ・はい	
	(相続人からの請求の場合・被保険者氏名:)		被保険者の業務の種類(退職している場合は在職中の業務の種類) 事務員			
	⑧ 被保険者(申請者)の住所・電話番号					
	郵便番号	* * * *	大阪府〇〇〇市△△△町1-1-1			電話
	⑨ 分娩年月日	年 月 日	⑩ 分娩予定年月日	年 月 日	⑪ 単胎・多胎の別 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
	令和	0 3 0 4 2 3	令和	0 3 0 4 2 5	対象期間は産前42日、産後56日です。ただし、予定日より遅れたor早くなった場合は産前の方の日数がプラスもしくはマイナスされます。産後の日数は56日で変わりませ	
	⑫ 請求期間 (分娩のため休んだ期間)	3年 3月 13日から 3年 6月 20日まで		100日間	左に書いた期間中に報酬を受けましたか ・全部受けた・全部受けられる ・一部受けた・一部受けられる ・受けられない	
	⑬ ⑫の期間中、出勤、有給がある場合	出勤日	計 日	有給日	計 8 日	
⑭ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	3年 2月 21日から 3年 3月 20日まで		の分として	296.672 円		

振 込 口 座	銀行等に振込みを希望する場合	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	
勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任口座」を記入してください。			
農協			

※在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。
↓ 受取代理人の欄に記入・捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者(申請者)との関係
	年月日		
	被保険者(申請者)の住所 氏名	被保険者の住所氏名を記載してください	勤務先に依頼して、予め健保組合に届出済みの「委任者」をご記入、押印してください。
		電話 ()	

社会保険労務士氏名 上記委任欄は現在お勤め中の方のみご記入ください。退職者、及び任意継続被保険者の方は必要ありません。

※請求時は
必要事項を こちらは記入例です。就業規則、出勤簿に基づいて正しく記入してください。 ください。

事業主が証明するところ	⑮ ⑫の期間のうち、労務に服さなかった期間		⑯現在の状況		⑰その期間中に報酬を支給しましたか				
	3年 3月13日から 3年 6月20日まで		100日間		<input checked="" type="checkbox"/> 欠勤中 <input type="checkbox"/> 月 日から出勤 <input type="checkbox"/> 月 日付で退職		<input type="checkbox"/> 全部支給した <input type="checkbox"/> 全部支給する <input type="checkbox"/> 一部支給した <input type="checkbox"/> 一部支給する <input checked="" type="checkbox"/> 支給しない		
	⑱報酬の支給形態		⑲報酬の締切日・支払日		⑳欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()		(締切日) (支払日) <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 20日締 25日払		●基本給は <input type="checkbox"/> 控除しない <input checked="" type="checkbox"/> 控除する(欠勤1日につき月額の20分の1を控除する) ●諸手当は <input checked="" type="checkbox"/> 控除しない <input type="checkbox"/> 控除する(欠勤1日につき) ●その他(諸手当は1ヶ月のうち出勤が0のときは支給しない)				
	㉑ ⑮の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください								
			基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	資格手当	残業手当	手当
	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		260,000 円	円	円	10,000 円	5,000 円	円	円
	3 月分	3年2月21日から 3年3月20日まで	2/21~3/20	/ ~ /	/ ~ /	2/21~3/20	2/21~3/20	2/21~3/20	/ ~ /
		3年3月21日から 3年4月20日まで	3/21~4/20	/ ~ /	/ ~ /	3/21~4/20	3/21~4/20	3/21~4/20	/ ~ /
		3年4月21日から 3年5月20日まで	4/21~5/20	/ ~ /	/ ~ /	4/21~5/20	4/21~5/20	4/21~5/20	/ ~ /
3年5月21日から 3年6月20日まで		5/21~6/20	/ ~ /	/ ~ /	5/21~6/20	5/21~6/20	5/21~6/20	/ ~ /	
年 月 日から 年 月 日まで		/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
年 月 日から 年 月 日まで		円	円	円	円	円	円	円	
㉒ うえのとおり相違ありません。									
事業所の所在地		お勤めの事業所で証明を受けてください。							
年 月 日		事業所の名称		電話 ()					
		事業主氏名							

医師又は助産師が証明するところ	⑳ 分娩年月日		㉑ 分娩予定年月日		㉒ 生産・死産の別		㉓ 単胎・多胎の別		
	令和	年 月 日	令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎		
	分娩した際の医療機関等で証明を受けてください。								
	上記のとおり相違ありません。		医療機関の名称		医師又は助産師の氏名		電話		
年 月 日									