## 健康保険 出産手当金支給申請書

申請日 令和 月 ② 被保険者の氏名 ④ 被保険者の事業所名称 被保険者等 ③ 被保険者の生年月日 記号 番号 (フリカ゛ナ) 昭和 平成 (5) 被保険者 被 住 所 日中連絡が取れる電話 昭和 ⑥ 被保険者 取得日 平成 年 月 日 喪失日 令和 年 月 日 資 格 令和 (7) Ш 産 単胎 令和 年 月 ⑧ 出産児数 日 多胎( 児) 予 定 日 9 出産日 令和 年 月 日 [ 出産前の申請の場合記入不要 ] ⑩出産のため 休んだ期間 令和 月 日 から 令和 月 日 まで 日数 日間 (申請期間) 出産のために休んだ期間分の報酬を □受けない □受けられない [現在] □受けた [将来] □受けられる 受けましたか。また今後受けられますか 上記の報酬を「受けた」または「受けられる」と回答した場合、その報酬 令和 年 月 日 から 12 の分として の額とその支払いの基礎となった期間 令和 年 月 日 まで 13 出産のために休んだ期間に 傷病手当金等別の給付を受けている □ いいえ □ はい 〔制度名 ] または受ける予定はありますか 給付金の受取方法 ⇒ ⑤委任欄を記入してください □ 会社経由での受取を希望する ※ 任継続および退職後の方は ⇒ ⑯振込口座(被保険者名義)を記入してください □ 個人の口座へ振り込みを希望する 個人口座への振込になります 本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 ⑤ 委任欄 令和 月 日 被保険者氏名 普通 金融機関名 16 振込口座 支店名 種 別 当座 ゆうちょ銀行の場合 口座名義 振込用の口座を 口座番号 ⑪備考欄 (カタカナ) 「記入ください 出産者の氏名 出産児の数 単胎 多胎 [ 児] 出產年月日 令和 年 月 日 出産予定年月日 令和 年 月 日 生産または 正常出産または 正常 異常 生産 死産 (妊娠 週) 異常出産の別 死産の別 産 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 (電話) 医療機関の名称 医師・助産師の氏名

## 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。 労務に服することが 平・令 月 日から 被保険者名 できなかった期間 平•令 月 日まで 日間 当月 月給 日給 時給 Н 支払日 日 給与の種類 賃 金 計 質 締日 その他 ( 翌月 (出勤は○ 欠勤は□ 休職は/ で表示してください) 出勤 有給 勤務業況 有給は△ 公休は公 年 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 計 日 日 日 在. 月 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 計 日 在 7 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 Н 日 日 在 月 日 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 計 年 Н 日 日 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 計 1 2 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください 業 期間 日 月 $H \sim$ 月 日 日 $H \sim$ $_{\rm H}\sim$ $H \sim$ $H \sim$ 単価 (1ヶ月分) 区分 月 日分 月 日分 月 日分 月 日分 月 日分 卆 給 基本給 た 住宅手当 (す 扶養手当 る 通勤手当 時間外手当 賃 金 現物給与 内 手当 訳 手当 計 労務に服することができなかかった期間について、賃金を支給しました(します)か? けい いいえ 眀 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。 ご担当者名 [ 櫑 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 事 業 所 名 事業主氏名

## 【被保険者の方へ】

- 1. 被保険者記入欄に必要事項をご記入の上、医師又は助産師からご意見および事業主から証明を受け事業主経由で提出してください。 ただし、資格喪失日以降の期間に関する申請については、事業主証明欄は空白の上、直接当健康保険組合へ提出してください。
- 2. 被保険者等の記号・番号ではなく、個人番号により申請をされたい場合は、⑰備考欄に個人番号を記入してください。 なおその場合、個人番号確認及び本人確認や委任状等が必要になりますので、事前に当健康保険組合までご連絡ください。
- 3. ①の欄で、「受けた・受けない」はこの申請書を提出するとき(現在)までのこと、「受けられる・受けられない」はこの申請書を提出した後(将来)のことです。
- 4. 給付金は、会社経由での受け取りを希望した場合、毎月25日までの健保受付分を翌月20日又は月末に会社へ支払います。このため、 給付金の受取について事業主経由を希望された場合のお支払時期につきましては、各事業所の担当課へお問い合わせください。 個人口座への振込を希望された場合、健保受付後3週間程度でお支払いいたします。

ただしいずれの場合も調査等に時間を要する場合は、お支払いまでにお時間がかかる場合があります。

【事業主の方へ】
----------

健 保 受 付 印

- 1. 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分の賃金台帳と出勤簿 写しを添付してください。
- 2. 『支給した(する)賃金内訳』には、支給の有無のかかわらず、『単価』に被保険者の通常の賃金につ 記入し、実際の支払い状況については給与の締めに合わせ各月ごとに記入してください。

健保使用欄	個人払い	支給決定額		去北口	
	事業所払い		円	文払日	