

健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	① 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名													
	被保険者(申請者)の③氏名	(カナ)	④住所	〒	—												
	⑤出産予定日	平成	年	月	日	⑥出産年月日	平成	年	月	日	⑦出生児の数	単胎・多胎()児					
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成	年	月	日から	日間	⑨ 休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	⑩ ⑨で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
⑪備考	※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。)																

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
(カナ)	(カナ)	(カナ)	普通 当座 その他()	(カナ)	(カナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ()		
	平成	年	月	日	住所
	住所	被保険者(申請者)氏名	代理人 氏名	電話 ()	電話 ()

事 業	労務に服さなかった期間	平成	年	月	日から	ただし	は出勤	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい・いいえ	報酬計算	締切日
		平成	年	月	日まで	ただし	は有給				日
業	報酬支給形態	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください								支払日
											当月翌月 日

上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)について計算期間毎に記入してください。

	基本給	手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	円	円	円	円	円	円
報酬支払額	月 日					
	月 日	円	円	円	円	円
	月 日	円	円	円	円	円
	月 日	円	円	円	円	円

明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。平成						年	月	日
	事業所所在地								
	事業所名称								
	事業主氏名						電話 ()		

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	出産者氏名	出産予定日	平成	年	月	日	出産年月日	平成	年	月	日	受付年月日			
	出生時の数	単胎・多胎()児	生産または死産の別		生産・死産(妊娠)週										
	上記のとおり相違ありません。平成												年	月	日
	医療機関等所在地														
医療機関等名称															
医師(助産師)氏名												電話 ()			

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)
・ 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カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し