

健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称							

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

受取代理人の欄	受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日	
		代理人(口座名義人)	住所					
			氏名	被保険者との関係()				

申請内容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日 平・令 年 月 日 出産日 平・令 年 月 日
	出産のため休んだ期間(申請期間)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。	平・令 年 月 日 から 円 平・令 年 月 日 まで

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

健康保険 出産手当金 支給申請書(事業主・医師・助産師記入用) 東京文具工業 健康保険組合

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																	
	労務に服さな かった期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。																									
		平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																								
	出勤は○、有給は△、 欠勤は×、公休日は公 で表示してください。	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
		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
		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
		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
	被保険者の	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()			賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日																							
	上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 部支給した (する)場合	年	月	日	～	年	月	日	日間	円																								
		年	月	日	～	年	月	日	日間	円																								
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																																		
事業所名称																																		
事業主氏名										電話番号 ()																								

事業主のみさまへ

申請期間中の前月分からの「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。また、各種手当の支給状況により請求期間外の賃金台帳や、清算を確認する書類の提示を求められることがあります。

医師・助産師記入欄	出産者氏名												
	出産予定年月日	平・令	年	月	日								
	出産年月日	平・令	年	月	日								
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)											
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週)											
	上記のとおり相違ないことを証明します。										令和	年	月
所在地													
医療機関名													
医師・助産師の氏名										電話番号 ()			