

# 健康保険 出産手当金支給申請書

健康保険番号	事務番号		
--------	------	--	--

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通番			グループ		
1	0	1		昭 平 和	年	月	日	0	2	令 和	※	年	※		
(フリガナ) ケンボ ハナコ				被保険者の資格を取得した年月日				昭和 平成 令和							
被保険者(申請者)の氏名と印				健保 花子				30 年 11 月 1 日							
被保険者(申請者)の住所				オオサカフオオサカシナトクミナシオカ1-6-18メゾンアンジュ5555											
郵便番号				大阪 都道府県 大阪市港区南市岡1-6-18 メゾンアンジュ5555											
[受取人情報]/[被保険者情報]				電話 06 ( 6666 ) 6666											
今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後ですか。								<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請		※ 請求年月日		年 月 日		※ 科別支給コード	
上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。								出産予定日 平・令 年 月 日 出産日 平(令) 年 月 日		※ 出産種別		1: 単胎		※ 支給種別	
出生のため休んだ期間(申請期間)								平成(令和) 1 年 7 月 21 日から		99 日間		自 年 月 日		至 年 月 日	
上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。								<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける		<input type="checkbox"/> 受けない <input checked="" type="checkbox"/> 今後も受けない					
上記で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。								平・令 年 月 日から		平・令 年 月 日まで		円			
備考															
減額/不支給		減額情報		期間1		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		日 金額		円			
0: 入力なし		期間2		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		日 金額		円					
1: 入力あり		期間3		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		日 金額		円					
不支給情報		期間1		自 年 月 日 至 年 月 日		期間3		自 年 月 日 至 年 月 日		期間4		自 年 月 日 至 年 月 日			
103条		0: 非該当 1: 該当		104条		0: 非該当 1: 該当		106条		0: 非該当 1: 該当		108条			
不支給理由		法定支給額		円		支給日数		日		支払方法		2: 個人払い 3: その他			
医師または助産師が意見を記入すところ				出産者氏名 健保 花子 出産予定年月日 平・令 年 月 日 出産年月日 平(令) 1 年 10 月 25 日 出生時児の数 (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。 令和 1 年 10 月 27 日 医療施設の所在地 大阪府大阪市西区九条南1-12-21 医療施設の名称 多根総合病院 医師・助産師の氏名 保険 五郎 電話 06 ( 5555 ) 5555											

振込希望口座	1 金融機関													
	金融機関コード			〇 〇			銀行 金庫 信組			〇 〇			店・本店 支店・出張所	
	※			信連・信漁連 農協・漁協						本所・支所 本店・支店				
	預金種別		普通 2:当座		口座番号		1 2 3 4 5 6 7		口座名義		(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子			

給付金に関する受領を代理人に委任する(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。 令和 年 月 日												
	被保険者 住所 (申請書) 氏 名												
	代理人の氏名と印		(フリガナ)					委任者と代理人との関係					
	代理人の住所		(〒 - )					電話		( )			

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および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明する	勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)											出勤	有休																						
	30年 9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	計	10 日	0 日
	30年 10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	計	0 日	0 日
	30年 11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	計	0 日	0 日
	30年 12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	計	0 日	0 日
	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	計	日	日
	労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? □はい □いいえ											給与の種類 (○で囲んでください。)		賃金計算																					
	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賃金支払状況を下欄に記入してください。											月給	日給	日給月給	締日	末日																			
												時間給	歩合給	その他	支払日	当月 16 日																			
	証明する	支給した(する)賃金内訳	支給期間	単価	9月 1日	月 日	月 日	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																											
区分				~ 9月 30日分	~ 月 日分	~ 月 日分	●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																												
基本給			1,000	支給額	支給額	支給額	基本給計算方法																												
通勤手当			20,000				◎1,000円×8時間×10日=																												
住居手当							80,000円																												
扶養手当																																			
手当																																			
手当																																			
現物給与																																			
計			100,000																																
と	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 1 年 10 月 27 日											担当者氏名	◎◎ ◎◎																						
こ	事業所の所在地 大阪府大阪市港区南市岡1-2-5																																		
ろ	事業所名称 社会医療法人きつこう会																																		
	事業主氏名 協会 三郎																																		
	電話 06 ( 5555 ) 5555																																		

賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。

令和 年 月 日 提出

受付日付印