出産手当金支給申請書

被保険者記入欄

保険証の記号・番号	999 － 9999	事業所名	○○○○㈱

申請は出産前ですか出産後ですか？		出産予定日	出産日
該当に☑	☐ 出産前の申請	令和　年　月　日	
	☑ 出産後の申請	令和 4 年 2 月 27 日	令和 4 年 3 月 3 日

申請期間（休んだ期間）	令和 4 年 1 月 27 日 ～ 令和 4 年 4 月 28 日 （ 102 日間）

給付金の受取方法について選択に☑

☐ 事業所払いを希望する（事業所経由で給与と併せて支給／支給日：事業所の給与支給日）

☑ 本人払いを希望する（本人口座に直接支給／支給日：毎月2日、土日祝の場合はその翌日）

○○○○	銀行・信用金庫 他（　）	□□□	本店・支店 他（　）

普通	口座番号	0	1	2	3	4	5	6	口座名義	ケンポ　ヒロシ

トッパングループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり請求します。

また、給付金の事業所払い(受取代理)を選択した場合は事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。

令和 4 年 5 月 15 日

住　所　〒 ２２２－２２２２
埼玉県○○市○○２－２－２０２

氏　名　健保　桃子

TEL　２２２－２２２－２２２２

事業主証明欄

休んだ期間	令和 4 年 1 月 27 日 ～	令和 4 年 4 月 28 日 （ 102 日間）	
上記期間に対しての報酬について	①本俸支給はありますか？	☑なし ☐あり	➡支給額　円
	②手当支給はありますか？	☑なし ☐あり	➡支給額　円
	③交通費支給はありますか？	☐なし ☑あり	➡支給額　10,000 円
	④その他支給はありますか？	☑なし ☐あり	➡支給額　円
	※翌月の給与にて支給分が控除されるなど後日調整される場合は「支給なし」となります		
	※申請期間の出勤が確認できる書類の写しと給与明細等の写しを添付		

上記のとおり相違ないことを証明します。　※上記の支給額等について事業所作成の資料添付でも構いません。

令和 4 年 5 月 15 日

所在地　東京都○○区○○３－３－３
名　称　○○株式会社
事業主　○○三郎
TEL　333-333-3333

医師等記入欄

出産日等	出産予定日	令和 4 年 2 月 27 日	出産日	令和 4 年 3 月 3 日
出生児の数	☑ 単胎 ☐ 多胎（　児）	生産・死産の別	☑ 生産 ☐ 死産（妊娠　週）	分娩の状況	☑ 正常 ☐ 異常

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 4 年 3 月 15 日

所在地　東京都○○区○○６－６－６
名　称　○○産婦人科医院
氏　名　○○六郎
TEL　666-666-6666

健保	産前産後期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 （　日間）

健保組合		
決裁	処理	

健保受付

赤 ･･･ 本人記入
青 ･･･ 事業所記入
緑 ･･･ 医師記入

事業所	
責任者	担当者

TGK 2023.01