

健康保険 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	-	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☑	<input type="checkbox"/> 出産前の申請	令和	年	月	日	令和	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 出産後の申請	令和	年	月	日				
	申請期間 (休んだ期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)								
	給付金の受取 方法について 選択に☑	<input type="checkbox"/> 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)								
<input type="checkbox"/> 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 ()						
金融機関コード				支店コード						
	普通	口座番号						口座名義		
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 年 月 日 住所 〒 氏 名 TEL										

事 業 主 証 明 欄	産前産後期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (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？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	➔支給額						円
		②手当支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	➔支給額						円
		③交通費支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	➔支給額						円
		④その他支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日 所在地 名 称 事業主 TEL											

医 師 等 記 入 欄	出産日等	出産予定日	令和	年	月	日	出産日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産		分娩の状況	<input type="checkbox"/> 正常				
		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)		<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)			<input type="checkbox"/> 異常				
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 名 称 氏 名 TEL											

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

事 業 所	
責任者	担当者