

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	〇〇〇〇(株)				
	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 checked="" type="checkbox"/> 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☑	<input checked="" 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			本店・支店		

普通	口座番号		他 ()		口座名義	
----	------	--	-------	--	------	--

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
埼玉県〇〇市〇〇2-2-202
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？	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→支給額			
		②手当支給はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→支給額			
		③交通費支給はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	→支給額	10,000 円		
		④その他支給はありますか？	<input checked="" 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 4 年 5 月 15 日 所在地 東京都〇〇区〇〇3-3-3 名称 〇〇株式会社 事業主 〇〇三郎 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	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎			生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産	分娩の状況
		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)				<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	
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 東京都〇〇区〇〇6-6-6 名称 〇〇産婦人科医院 氏名 〇〇六郎 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

事 業 所	
者	担当者

赤・・・本人記入
 青・・・事業所記入
 緑・・・医師記入