

健康保険 出産手当金支給申請書

令和1年7月25日提出

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号 ○	③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	健保 良子				
	② 社員番号	番号 ○○○○		昭和・平成	年	月	日	
	④ 被保険者(申請者)の住所	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。						
	⑤ 事業所名称	○○株式会社						
	⑥ 出産年月日	平成 令和	1年5月15日	⑦ 出産予定年月日	平成 令和	1年5月20日		
⑧ 出産のために休んだ期間(申請期間)	平成 令和	3年04月04日	から	103	日間	⑨被保険者の資格を取得した日	平成 令和	30年4月1日
	平成 令和	0年07月15日	まで					
⑩ 上記の申請期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑪ 「はい」と答えた場合、その報酬額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	【報酬額】 円

振込希望口座	銀行 信組 金庫 農協	支店 出張所
	[金融機関コード] 0 1 2 3	[店番号] 4 5 6
	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7

出産の為に休んだ期間に給料が出た場合、あるいは出る場合は金額を記入してください。

(申請者)被保険者名義の口座をご記入ください。申請者名義以外の口座を記入する場合は、下記の委任状の記入が必要です。

被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。

◎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する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。	
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人	
	<input type="checkbox"/> その他の受領代理人	
	被保険者(申請者)	住所 氏名
受取代理人情報	代理人住所	(〒) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	代理人氏名	フリガナ

社会保険労務士の提出代行者記載欄

◎申請については、その期間にかかる出勤簿(写)、及び賞金台帳(写)を添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 平成・令和	年 月 日から 年 月 日まで	日間	●給与締日と支払日を記入してください。 ※賞金計算方法(欠勤控除計算方法等)については、添付する賞金台帳(写)に記入してください。			
	上記の期間に対して、賞金を支給しました(します)か？				<input type="checkbox"/> はい → (※下記に内訳を記入してください) <input type="checkbox"/> いいえ	締日	支払日	(当月・翌月)
	報酬の名称	支給対象期間		支給額		円	[備考] ※有休がある場合は、日額を記入してください。 ●有休日額 [円/日]	
		月 日 ~ 月 日				円		
		月 日 ~ 月 日				円		
		月 日 ~ 月 日				円		
上記のとおり相違ないことを証明します。					担当者氏名	証明日 年 月 日		
所在地								
名称 事業主氏名					TEL ()			

事業主の証明が必要です

医師または助産師が意見を記入するところ	出産者の氏名						
	出産年月日	平成・令和	年 月 日	出産予定年月日	平成・令和	年 月 日	
	出生時の数	(単胎 多胎 場)		(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。						
	医療施設の所在地						
	医療施設の名称						
医師・助産師の氏名					TEL ()		
証明日 年 月 日							

医師・助産師の証明が必要です