

## 健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

被保険者(申請者)の記入欄	健康保険被保険者証の記号・番号		(記号) _____ (番号) _____	事業所名 _____		TEL ( ) _____	
	被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ) _____		住所	〒 _____		
	出産予定日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出産年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出生児の数	単胎・多胎( _____ 児)	
	出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日	休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

**口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。**

振込口座	金融機関名 (フリガナ) _____	支店名 (フリガナ) _____	預金種別 普通当座 その他( ) _____	口座番号 _____	口座名義 (フリガナ) _____
------	--------------------	------------------	------------------------------	------------	-------------------

**給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。		委任者との関係 ( ) _____
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		住所 _____
	住所 _____	被保険者(申請者)氏名 _____	代理人 電話 ( ) _____
			氏名 _____

事業主の証明欄	業務に服さなかった期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日	ただし _____ は出勤	左の期間に報酬を支給しました(します)か	はい・いいえ	報酬計算	締切日 _____ 日
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	ただし _____ は有給				支払日 _____ 日
	報酬支給形態	ア.月給制 イ.日給月給制 ウ.日給制 エ.時間給制 オ.その他 _____	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください			当月 _____ 日	翌月 _____ 日
	上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)のについて記入してください。						

	基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円
申請期間中の報酬支払額	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円	_____ 円

上記のとおり相違ないことを証明します。平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所所在地 \_\_\_\_\_  
事業所名称 \_\_\_\_\_  
事業主氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_

医師または助産師の意見欄	出産者氏名 _____	出産予定日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出産年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	受付年月日 _____
	出生時の数 _____	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。平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	医療機関等所在地 _____		医療機関等名称 _____		医師(助産師)氏名 _____ 電話 ( ) _____	

添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)  
・ 業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と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し