

健康保険 出産手当金支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|-------------------------------------|------------|----------|---|---------|----------|-----------------------|----------------|---|---|---|--|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号番号 または個人番号 | - | 被保険者資格取得日 | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者氏名 | カガナ | | | | | 被保険者住所 | 〒 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | | 電話 | () | | | | |
| | 所属部署名及び電話 | 電話 () | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | |
| | 出産のため休んだ期間 | 平成・令和 年 月 日 から 日間 平成・令和 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |
| | ①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか | 現在まで | 受けた ・ 受けない | | | | | 将来 | 受けられる ・ 受けられない | | | | |
| | ②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 | 平成・令和 年 月 日 から | の分として 円 | | | | | | | | | | |
| | 平成・令和 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------|---|---|
| 事業主が証明するところ | 産前・産後休暇の期間 | 平成・令和 年 月 日 から 日間 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで |
| | ①全額支給した場合又は支給する場合 | 平成・令和 年 月 日 から 日間の報酬を 円 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで |
| | うえの期間中の分として支払う報酬関係 | ②一部支給した場合又は支給する場合 日間 ・ 出勤 ・ 有給 ・ その他 () |
| | ③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨 平成・令和 年 月 日 から 日間の報酬は、現在までも将来も支給しません。 | |
| | 平成・令和 年 月 日 まで | |
| ※ 必要添付書類 | 産前・産後休暇期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」の写し | |
| 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 | | |
| 事業主 名称 | | |
| 氏名 | | |
| 電話 | | |

| | | | | | |
|---------------------|------------------|----------------|---------|----------|-----------------|
| 医師又は助産師が証明するところ | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 出産予定年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 正常出産又は異常出産の別 | 正常・異常 | | 生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | | |
| | 入院して出産したときは、その期間 | 平成・令和 年 月 日 から | 日間 | 入院の費用の別 | 健保・公費 自費・その他 |
| | | 平成・令和 年 月 日 まで | | | |
| 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 | | | | | |
| 医師・助産師の氏名 | | | | | |
| 電話 | | | | | |

給付金の受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込みを希望される)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。 | | | 令和 年 月 日 |
| | 被保険者氏名 | | | Ⓜ |
| | 代理人 | 氏名 | Ⓜ | 委任者との関係 |
| | 住所 | 電話 | | |

※資格を喪失後に申請される方のみご記入ください。
原則として給与口座に振り込まれます。1ヶ月以内に給与口座に変更(名義含む)のあった方もご記入ください。

| | | | | |
|--------|-----------|-------|--------------------|----------|
| 支払金融機関 | | | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 |
| | 支店番号 | 普通・当座 | 口座番号(右づめ) | |
| | | | | |
| | 名義人(フリガナ) | | | |

令和 年 月 日提出

受付日付印

マルハン健康保険組合