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	被保険者等記号−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	ﾌﾘｶﾞﾅ			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 平成・令和　年　月　日　まで				日間	
	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 平成・令和　年　月　日　まで				の分として　円	

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 平成・令和　年　月　日　まで	日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	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 平成・令和　年　月　日　まで	の分の報酬を　円
		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 平成・令和　年　月　日　まで	の分の報酬は、 現在までも将来も支給しません。
		※ 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

事業主

所在地

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 平成・令和　　年　　月　　日　まで　　日間	入院の費用の別	社保・国保・公費 自費・その他
	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（ﾌﾘｶﾞﾅ）		

令和　　年　　月　　日提出

受付日付印

マルハン健康保険組合