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

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 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　本店
信用金庫
信用組合　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