

健康保険 出産手当金支給申請書

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

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						被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成						
	被保険者氏名と印	フリガナ										被保険者住所	〒													
	生年月日	昭和・平成 年 月 日												電話	()											
	所属部署名及び電話	電話 ()																								
	出産年月日	平成						年					月				日	出産予定年月日	平成							
	出産のため休んだ期間	平成 年 月 日 から											日間													
		平成 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 年 月 日 から		平成 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 年 月 日 から											日間												
		平成 年 月 日 まで																							
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から											の分の報酬を											円	
		平成 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 年 月 日 から											の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。												
	平成 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。																									
平成 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	平成 年 月 日											出産予定年月日	平成 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 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 年 月 日 まで																							
	上記のとおり相違ないことを証明します。																								
平成 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。											平成 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)																					

平成 年 月 日提出

受付日付印

マルハン健康保険組合