

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	① 被保険者等 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	② 事業所名			
	個人番号 (マイナンバー)	_____			【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。	
	被保険者(申請者)の ③氏名	(フリガナ) _____	④住所		〒 _____	
	⑤出産予定日	令和 ____年 ____月 ____日	⑥出産年月日	令和 ____年 ____月 ____日	⑦出生児の数	単胎・多胎(____ 児)
	⑧ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	令和 ____年 ____月 ____日から 令和 ____年 ____月 ____日まで	日間	⑨ 休んだ期間の報酬は 受けた(る)・受けない	⑩ 「⑨で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	令和 ____年 ____月 ____日から 令和 ____年 ____月 ____日まで

振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名 (フリガナ)	支店名 (フリガナ)	預金種別	口座番号	口座名義 (フリガナ)
			普通 当座 その他(____)		

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 (____)
	令和 ____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	労務に服さなかった期間	令和 ____年 ____月 ____日から 令和 ____年 ____月 ____日まで	ただし 日間	は出勤 は有給	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
	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					支払日 当月 ____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。							
	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当

申請期間中の報酬支払額	月 ____日	月 ____日	円	円	円	円	円	円
-------------	---------	---------	---	---	---	---	---	---

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	令和 ____年 ____月 ____日	出産年月日	令和 ____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。		令和 ____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)
 労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