

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 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名				
	被保険者(申請者)の③氏名	(フリガナ)	④住所	〒	—	TEL ()		
	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	⑨ 休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	⑩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		円

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☑ 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	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()		(フリガナ)

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	⑨ 休んだ期間の報酬は 受けた(る)・受けない	⑩で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	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 支払日 当月 翌月 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		
	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。				
		基本給	手当	手当	手当

欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	円	円	円	円	円
申請期間中の報酬支払額	月 日	月 日	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

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号
---	------