

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 平成			
氏名・印	(フリガナ) _____						
住所	(〒 _____) _____ (都 道 府 県)						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____) _____						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (_____)				本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				左づめでご記入ください。
	<input type="text"/>					

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 2. 出産後の申請		
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	----- 出 産 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	3 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	
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで	円	

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。													出勤	有給																						
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類			<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算		締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日																				
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																				
支給した(する)賃金内訳	期間		単価	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																											
	区分	~		月	日分	~	月	日分	~											月	日分																
		支給額		支給額		支給額																															
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	手当																																				
手当																																					
計																																					
												令和	年	月	日	担当者氏名																					
上記のとおり相違ないことを証明する。																																					
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					
電話 ()																																					

医師・助産師記入欄	出産者氏名															
	出産予定年月日				令和	年	月	日	出産年月日				令和	年	月	日
	出生児の数		<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	()	生産または死産の別		<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	(妊娠	週)					
	令和 年 月 日															
上記のとおり相違ないことを証明する。																
医療施設の所在地																
医療施設の名称																
医師・助産師の氏名																
TEL ()																