

健康保険 出産手当金 支給申請書

※提出先は各事業所担当者です

被保険者情報	被保険者等の 記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子		生年月日	昭和 60 年 7 月 10 日 平成
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp

申請内容	出産予定日	令和 2 年 5 月 21 日	出産年月日	令和 2 年 5 月 22 日	
	出産のため 休んだ期間	令和 2 年 4 月 10 日 から 令和 2 年 7 月 17 日 まで 99 日間			
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで	受けた ・ 受けない		
		今後	受けられる ・ 受けられない		
	■上記で報酬を受けるまたは受けられると回答され方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。				
	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
受けた報酬額	円	受ける報酬額	円		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☒ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☐ ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 2 年 3 月 4 日	
振込先情報	被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎	
	代理人 (実際に給付を受領する者)			
金融機関名称	店番号	123		
	預金種別	普通	ケンポタロウ	

任意継続被保険者・退職者以外は、
委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、
振込先情報欄にご記入ください。

医師・助産師の証明	出産者氏名	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎	または第 週)		
	上記のとおり相違ないことを				月 日
	医療施設の 医療施設の 医師・助産師の氏名				

この欄は、医師または助産師に
証明を依頼してください

受付日付印

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄

被保険者氏名																																			
勤務状況【出勤は○】・		この欄は、お勤め先の事業主に 証明を依頼してください																															出勤	有給	
令和	年	月	1	2	3	4																											31	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	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	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	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	日	日
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か			はい ・ いいえ															賃金計算		締日		日													
給与の種類		月給 時間給					日給 歩合給					日給月給 その他()					支払日			☐ 当月 ☐ 翌月		日													
上記の期間中にかかる分として 支払った報酬 (給与・賃金等)			支給期間															支給額					支払日												
			年 月 日 ～					年 月 日					円					月 日																	
			年 月 日 ～					年 月 日					円					月 日																	
			年 月 日 ～					年 月 日					円					月 日																	
			年 月 日 ～					年 月 日					円					月 日																	
* 記号37の加入者の申請については、以下の点にご留意ください。 記号37の各事業所（日東紡東京、大阪、名古屋、福島、富久山、伊丹）は、平成15年10月に健康保険法第34条に基づく一括適用事業所の承認を受けておりますので、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。従い、各事業所の健保組合窓口担当の方は、申請書の内容を確認した後、別に設けてある「事業所責任者確認欄」に事業所の住所・責任者名を記入のうえ日東紡本社人事まで提出ください。 * 申請者が国内会社に出向している場合も、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。																																			
所在地																																			
名 称																																			
事業主																																			
氏 名																																			
電 話																																			

【事業主の方へ】

- 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。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

事業所記入欄	*事業所責任者確認欄(記号37の事業所)	
	住所	
	氏名	