

保険給付費支給と支払決定伺					起 案				
支給金額	円	支給期間	. . . 日間		取 得	. . .			
			. . .		喪 失	. . .			
不支給期間	. . . 日間	受給減額	期間	月 日 ~ 月 日 日間	支給開始	. . .			
			金額	円		前回支給	. . .		

## 健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

◎被保険者印は全て同じものを使用してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)被保険者証の		(2)事業所の名称			
	記号	番号				
	(3)被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ)	(4)被保険者の生年月日			
	(5)被保険者の (申請者) 住所・電話番号	〒 -	昭和 平成 年 月 日			
	(6)出産のため 仕事を休んだ期間 (申請期間)	平成 年 月 日から	(7)出産予定日	平成 年 月 日		
		平成 年 月 日まで	(8)出 産 日	平成 年 月 日		
	(9)出産のため仕事を 休んだ期間(申請期間)	基本給	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない			
	の給料支給状況	諸手当	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない			

委 任 状	(10)本申請書にもとづく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	平成 年 月 日	被保険者氏名
	委任された者の 事業所所在地	
	事業所名称 代表者氏名及び印	

(11)被保険者が出産手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)				
振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義
		1. 普通		(フリガナ)
		2. 当座		

備 考 欄	
-------	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

◎労務に服することができなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	(12)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の勤務状況を記入してください																																
	勤務状況は 出勤...○ 欠勤...× 有給...△ 公休...公 と記入	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
		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
		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
		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
	(13)給料の	月 給	日給	月給	日給	給料締切日	給料支払日	備																									
	種 類	時間給	その他( )	日給	当月翌月	日払	考																										
	(14)1ヶ月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください)	労務に服さなかった期間中の給料支給状況(給料の締切日に合せて記入)																															
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																										
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																										
	基本給	1ヶ月( 円)																															
	家族手当	1ヶ月( 円)																															
	住宅手当	1ヶ月( 円)																															
	通勤手当	1ヶ月( 円)																															
		1ヶ月( 円)																															
	1ヶ月( 円)																																
	1ヶ月( 円)																																
合 計																																	
(15)欠勤控除計算式																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
平成 年 月 日	事業所所在地				事業所名称				代表者氏名及び印																								
									TEL( ) -																								

医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	(16) 出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎( 児)		
	(17)出 産 予 定 年 月 日	平成 年 月 日	(18)出 産 年 月 日	平成 年 月 日
	(19)正常出産又は異常出産の別	正常 ・ 異常	(20)生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			
	平成 年 月 日			
	医療施設の所在地			
	医療施設の名称			
	医師・助産師の氏名			
	TEL( ) -			