

健康保険出産手当金申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名と印		被保険者の生年月日	
		⑩		昭・平 年 月 日	
事業所名	/				
被保険者(申請者)の住所	〒 - 電話 () -				
被保険者の資格を取得した日	平成 年 月 日	被保険者の標準報酬月額	千円		
出産した日	平成 年 月 日	出産予定日	平成 年 月 日		
出産のため仕事を休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日から		支給決定日(組合記入欄)		
	平成 年 月 日まで				
出産で入院したとき	病院又は産院	病院又は産院の所在地			
	入院した期間	平成 年 月 日から		日間	
	平成 年 月 日まで				
自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか		自費 ・ 健保 ・ その他			
出産のため休んだ期間	出産のために休んだ期間(申請期間)に報酬を受けられましたか		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない		
	上記で、「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となる(なった)期間を記入してください		平成 年 月 日 ~ 月 日 円		
振込を希望する金融機関	銀行 店・本店		預金別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
	信金 支店・出張所				
口座番号	フリガナ		※被保険者の口座に限る		

備考	
----	--

受 付 日 付 印

※賃金台帳と、出勤簿等の写しを添付してください。

労務に服さなかった日(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																						
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
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
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
1か月分の基本給・諸手当の額					基本給や諸手当の支給状況(給料の締め切り単位に記入)																												
(↓支給の有無に関係なく記入してください。)					月 日 ~ 月 日				月 日 ~ 月 日				月 日 ~ 月 日																				
基本給					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
月給・日給・時間給					円				円				円																				
住宅手当 無・有(1か月)					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
通勤手当 無・有(1か月)					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
家族手当 無・有(1か月)					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
手当(1か月)					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
手当(1か月)					(日分)				円(日分)				円(日分)																				
給料の種類	月給・日給・日給月給			基本給	欠勤控除の有無		控除する場合は、欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。																										
	時間給・その他()				控除しない																												
給料締切日	日 締			通勤手当	控除しない																												
給料支払日	当月・翌月 日 払			その他の手当	控除しない																												
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
平成 年 月 日			事業所の所在地																														
(記載者氏名)			名 称																														
電話 () -			事業主の氏名		⑩																												

出産年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日
正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
出生児の数	単胎・多胎 (児)		
入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入院期間のうち健保入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
上記のとおり相違ありません。 医療機関(助産院)の所在地			
平成 年 月 日		医療機関(助産院)の名称	
		医師(助産師)の氏名	
		電話 () -	

医師又は助産師が意見を書く欄

