健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報			
被保険者の記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 □□年 □□月 □□日
氏名・印	ﾌﾘｶﾞﾅ	電話番号	
住所	（〒　　ー　　）		

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	□ 普通 □ 別段 □ 当座 □ 通知	口座番号	□□□□□□□
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。）□□□□□□□□□□□□□□□	口座名義の区分	□ 被保険者 □ 代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄			
被保険者の氏名・印	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 ㊞　【住所】「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）の情報	〒 住所	委任者と代理人との関係	
	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	電話番号	

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

サカイ引越センター健康保険組合

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

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。	☐ 出産前の申請　☐ 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	上記の出産のために休んだ期間（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。	☐ はい　☐ 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
6	出生児の数	☐ 単胎　☐ 多胎（人数:　人）	

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	出生年月日	令和　年　月　日	
出生児の数	☐ 単胎　☐ 多胎（人数:　人）	生産または死産の別	☐ 生産　☐ 死産（妊娠　週）	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　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　（　）

申請書は2枚目に続きます。＞＞＞

サカイ引越センター健康保険組合

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

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
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？	□はい □いいえ	給与の種類	□月給 □時間給 □日給 □歩合給 □日給月給 □その他	賃金計算	【締日】 日 【支払日】 □当月 □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 / 区分	単価	月 日 ～ 月 日	月 日 ～ 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。
			支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	住居手当					
	扶養手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
	計					

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

担当者氏名	

事業所所在地

事業所名称

㊞

事業主氏名 電話 （ ）

サカイ引越センター健康保険組合