

出産手当金支給申請書

被保険者の記入

被保険者等 記号		番号	
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		
被保険者住所			
分娩予定日	令和	年	月 日 予定
分娩日	令和	年	月 日 分娩
分娩のため 休んだ期間	令和	年	月 日 から 令和
		年	月 日 まで
併用受給の確認	この休んだ期間に報酬を受けていますか・・・・・・ はい ・ いいえ		
分娩機関名称			
上記機関所在地			
<p>給付金の受領は右記のものに委任します。 委任者</p> <p>下記□を確認✓</p> <p><input type="checkbox"/> この提出について申請者本人が作成しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 支給決定に際し調査が必要な場合、健保組合が事業主、保険医等に照会することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名</p>			

事業所確認	

以下は健保組合使用

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者

