

出産手当金支給申請書

被保険者の記入

被保険者証 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 日間
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

医師または助産師の証明

対象者氏名			
分娩予定年月日	令和 年 月 日	単胎	
分娩年月日	令和 年 月 日	どちらかに○ 多胎 (児)	
正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠満 週 日)
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日 分娩機関 所在地 名 称 (電話 - -) 氏 名 (職名)</p>			

事業主の証明

被保険者証 記号・番号	.	被保険者氏名									
給与の種類	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()										
労務に服さなかった 期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで										
上記期間を含む 賃金計算期間について 報酬を支給した状況	<input type="checkbox"/> 有給休暇等 (取得した日:)										
	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・住宅・家族) <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="vertical-align: middle;"> } の分として </td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>→ 1か月分 _____ 円支給した。</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>→ / ~ / 分を日割り計算し _____ 円支給した。</td> </tr> </table> <p>(日割り支給又は控除した場合の計算方法 ※支給日数がわかるように記載願います。)</p>			<input type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・住宅・家族) <input type="checkbox"/> その他 ()	} の分として				→ 1か月分 _____ 円支給した。		
<input type="checkbox"/> 諸手当 (通勤・住宅・家族) <input type="checkbox"/> その他 ()	} の分として										
		→ 1か月分 _____ 円支給した。									
		→ / ~ / 分を日割り計算し _____ 円支給した。									
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日 事業所 所在地 名 称 事業主 氏 名</p>											

※申請期間中の日について、勤務管理台帳(写)と、賃金台帳(写)もしくは給与明細(写)を添付して下さい。