

出産手当金支給申請書

被保険者の記入

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

被保険者等 記号	9999	番号	999999
被保険者氏名	日発 浜子 昭(平) ××年 ××月 ××日生		
被保険者住所	〇〇県 〇〇市 △△1-2-3		
分娩予定日	令和 6 年 8 月 1 日 予定		
分娩日	令和 6 年 8 月 1 日 分娩		
分娩のため休んだ期間	令和 6 年 6 月 21 日 から 令和 6 年 9 月 26 日 まで		98 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	〇〇〇産婦人科医院		お給料支給日に振込まれた金額があれば、「はい」に○をします。
上記機関所在地	〇〇県 〇〇市 △△ 8-8		

産前にお休み開始した日から産後休暇終了となる日付をご記入します。

お給料支給日に振込まれた金額があれば、「はい」に○をします。

給付金の受領は右記のものに委任します。

委任者 □□□株式会社
代表取締役社長 ○○○

下記□を確認✓

- この提出について申請者本人が作成しました。
- 記載内容に誤りがないか確認しました。
- 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。

令和 6 年 9 月 27 日 被保険者氏名 日発 浜子

記入した日

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

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	日発 浜子		
分娩予定年月日	令和 6 年 8 月 1 日	どちらかに○ 単胎	
分娩年月日	令和 6 年 8 月 1 日	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)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 6 年 8 月 5 日

分娩機関 所在地

名称

(電話 - -)

氏名 (職名)

分娩機関のゴム印、保険医、助産師のサイン

事業主の証明

被保険者等記号・番号	9999 ・ 999999	被保険者氏名	日発 浜子
給与の種類	<input checked="" 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 6 年 6 月 21 日から 令和 6 年 9 月 26 日まで		98 日間
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:) <input checked="" type="checkbox"/> 諸手当 (通勤 ・ 住宅 ・家族) の分として <input type="checkbox"/> その他 () → 1か月分 <u>7,000</u> 円支給した。 → <u>6/1 ~ 6/20</u> 分を日割り計算し <u>10,500</u> 円支給した。 (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。 ※住宅手当は6月分のみ支給 ※通勤手当1か月分15,400円 ÷ 22(平均稼働日数) × 15(出勤日数) = 10,500)		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 6 年 9 月 30 日 事業所 所在地

名称

事業主 氏名

事業所のゴム印など

※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。