

健康保険 出産手当金 支給申請書(第 回)

被 保 険 者								所 属 事 業 所				常務理事		事 務 長		審 査		担 当 者	
記 号				番 号															
2 8																			
被 保 険 者	氏 名			印				居 住 住 所		〒 -									
	昭和 年 月 日生							電 話 番 号		() -									
出 産 に つ い て								☐ 出産予定日 令和 年 月 日 ☐ 出 産 日 令和 年 月 日											
申 請 者 委 任 欄								上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印											

<分娩についての証明>※該当欄に☑を記入してください。

分 娩 し た 人				分 娩 日		令和 年 月 日	
分 娩 区 分		☐ 分娩(単胎) ☐ 死産 ☐ 分娩(多胎 人) 妊娠 第 週					
上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関の住所 令和 年 月 日 医療機関の名称 印 医師・助産師の氏名							

<服務についての事業主の証明>

服 務 し 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 中 の 報 酬		☐ 支給しました。 令和 年 月 日から 日間 ☐ 支給していません。 令和 年 月 日まで 円					
添 付 書 類		● 服務しなかった期間の稼働状況のわかる書類 ● 服務しなかった期間の賃金支給表					
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主の 令和 年 月 日 住 所 印 名 称							

<健保記入欄>

支 給 期 間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで						算 式	標準報酬月額 支給率 日数						
報酬月額		千円 算定月額 円							× × = 円 × × = 円						
支 給 決 定 日								支 給 額							