

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号		事業所の名称	
	被保険者の 氏名	フリガナ		生年月日 昭和 年 月 日 平成
	被保険者の 住所	〒 () 電話 ()		
	資格取得 年月日	昭和 令和 平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成・令和 年 月 日
	出産年月日	平成・令和 年 月 日		
	出産予定 年月日	平成・令和 年 月 日		
	単胎又は 多胎の別	単胎・多胎 (児)		
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	ただし 日間 ()	日は出勤の ため除く
	上の期間に対して 給料を受けましたか 又は受けられますか	・受けた ・受けられる ・受けられない	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日分として 円

委 任 状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	被保険者 住所 氏名 _____ 代理人 住所 氏名 _____

公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)		
払渡希望 金融機関名	銀行	支店	信用金庫
口座 番号	1. 普通預金	No.	フリガナ
	2. 当座預金		氏名

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		
	労務に服さなかった日 (該当する日を○で囲んでください。公休日も休んだ日に含めてください。)			計	
	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		日	
	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		日	
	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		日	
	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		日	
	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		日	
	給料の 支払日	毎月 日締切 当月・翌月 日支払	上記の期間中の分として 支給する報酬の有・無	有・無	
	給与の種類	月給・日給月給・日給・時間給・歩合給・その他 ()			
	報 酬 の 内 訳	種 類	金 額	期 間	全額支給・一部支給
基 本 給		円	月 日～ 月 日		
通 勤 手 当		円	月 日～ 月 日		
手 当		円	月 日～ 月 日		
手 当		円	月 日～ 月 日		
計	円				
と こ ろ	給料・手当等いっさい報酬を 支給しないときはその理由				
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話 () -					

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日	出 産 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
住所・所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名				
電話 () -				

◎賃金台帳(写)及び出勤簿(写)又はタイムカード(写)を添付してください。
◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

※ 受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿
令和 年 月 日