

健康保険 出産手当金支給申請書

										平成 28 年 5 月 10 日 提出									
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		記号 1		被保険者資格取得日		平成	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)		平成	年	月	日			
			番号 1234				2	6	0	4	1	0							
	被保険者(請求者)氏名と印		フリガナ クミアイ カズコ				被保険者(請求者)住所		〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-1-1										
			組合 和子																
	生年月日		昭和・平成 57 年 10 月 12 日						電話 044 (123) 4567										
	事業所名及び電話		GEジャパン株式会社				電話		03 (1234) 5678				社員番号		123456789				
	出産年月日		平成	年	月	日	出産予定年月日		平成	年	月	日							
			2	8	0	4	0	1	2	8	0	4	0	1					
	出産のため休んだ期間		平成 28 年 2 月 20 日 から						98 日間										
			平成 28 年 5 月 27 日 まで																
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか			現在まで		受けた・ <u>受けない</u>		将来		受けられる・ <u>受けられない</u>										
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間			平成 年 月 日 から				の分として		円										
			平成 年 月 日 まで																

支払金融機関			
銀行 金庫		本店 支店	
支店番号	普通 当座	口座番号	
フリガナ			
名義人 (被保険者)			

※給与振込第1口座以外への送金をご希望の方は、お口座をご記入ください。

		<input type="checkbox"/> 12月間以上		<input type="checkbox"/> 12月間未満			
被 保 険 者	平均標準 報酬月額	千円		健 保 組 合	平均標準 報酬月額	千円	
	1/30相当額	円			1/30相当額	円	
※ 組 合 使 用 欄	支給日額	()円×2/3		支 給 日 数	日間		
	支給額	()円×()日間=()円			円		

受付日付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から	日間	給与の締日 及び 支払日	
			平成 年 月 日 まで		日締 日払	
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	事業主の証明欄			
		②一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日 から		の報酬を	円
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨		平成 年 月 日 から		の分の報酬を	円	
		平成 年 月 日 まで		の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
平成 年 月 日						
所在地						
事業主 名称						
氏 名 ㊟						
電 話						

医師又は助産師が証明するところ	出 産 年 月 日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)	
	出生児の数	単 胎			
	入院して出産したときは、その期間	平成	医師または助産師の証明欄		
		平成 年 月 日 まで	費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他	
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
平成 年 月 日					
所在地					
職名 () 名 称					
氏 名 ㊟					
電 話					