

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	-		被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)						
	被保険者 (申請者) 住所	〒 - 電話 - -									
	事業所	名称									
		所在地									
	出産予定日	令和 年 月 日									
	出産日	令和 年 月 日									
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から									
		令和 年 月 日まで									
	うえの期間分 (申請期間) の報酬	受けた ・ 一部受けた ・ 受けられない									
	出産のため 入院した期間	令和 年 月 日から									
令和 年 月 日まで											
入院費用の別	健康保険 ・ 自費 ・ その他 ()										
被保険者名義 (申請者) 受取金融機関	銀行	本店	種 別	普 通 座	口座番号	7ケタで記入					
	信用金庫	支店				口座名義 (カタカナ)					
	信用組合										
農協											

受取 代理 人の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者) 氏名	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 住所 フリガナ 氏名	

令和 年 月 日提出

支払日付印	受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示して下さい。																																			
	令和 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	出勤	有給		
	令和 年月																																		日	日
	令和 年月																																		日	日
	令和 年月																																		日	日
	令和 年月																																		日	日
	うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳 (月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出)																																			
	種類	支給額	1日当たりの額	支給期間		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入下さい。																														
	基本給	円	円	月	日	月	日																													
	役付手当	円	円	月	日	月	日																													
家族手当	円	円	月	日	月	日																														
通勤手当	円	円	月	日	月	日																														
	円	円	月	日	月	日																														
	円	円	月	日	月	日																														
計	円	円	月	日	月	日																														
労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由																																				
被保険者の 業務内容	給与の種類		月給・日給・日給月給	時間給・歩合給	賃金計算	締日																														
	その他 ()					翌・当月 日払い																														
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																														担当者 氏名						
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																																				
電話 ()																																				

◎申請期間分と申請期間前1ヶ月分(通常勤務日分の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 す る と こ ろ	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)	
	出産のために 入院した期間	令和 年 月 日から	左記の期間の内 健康保険または 公費で入院し た期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
		令和 年 月 日まで		令和 年 月 日まで	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
医療施設の所在地					
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名					
電話 ()					

(千葉県トラック健康保険組合)