

記入欄	支給額 算定式	円 ×	日 =	円	標準報酬	月額	
						日額	
						法定日額	

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇〇	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 〇〇〇〇		2	7	0	4	0	1						
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ	健保 花子	健保	被保険者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-101									
	生年月日	昭和・平成 60年 11月 30日							電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇					
	事業所名	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部					電話	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線〇〇〇)		社員コード	〇〇〇				
出産年月日	平成	年	月	日	出産予定年月日	平成	年	月	日						
	2	7	0	6	2	0	2	7	0	6	2	0			
出産のため休んだ期間	平成 27年 5月 10日 から 98日間 平成 27年 8月 15日 まで														
①上記申請期間の報酬を受けましたか、又は将来受けられますか	現在まで	受けた			受けない			将来	受けられる				受けられない		
②報酬支払を受けたとき、又は将来受けられるときは、その報酬の基礎となる期間と報酬の額	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	の分として		円		

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	平成	年	月	日	まで	給与の締日 及び 支払日	日締	日払
	上記申請期間中の分として支払う報酬関係	平成	年	月	日	から	の分の報酬を					円		
	①全額支給した場合又は支給する場合	報酬を											円	
	②一部支給した場合 支給する場合	、現在までも将来も支給しません。												
③現在まで又は将来支給しない場合は、	上記のとおり相違ないことを証明します。													
所在地	平成 年 月 日													
事業主 名称														
氏名														
電話														

事業主の証明欄

※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。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名				
	出産年月日	平成 年 月 日	出生者氏名	平成 年 月 日	
	出生児の数				月 日 辰 週)
	上記のとおり相違	医師または助産師の証明欄			月 日
	医療機関所在地				
	医療機関の名称				
	医師・助産師の氏名	Ⓜ			
	電話番号				

支払金融機関	〇〇〇〇		銀行 金庫	〇〇	本店 支店
	金融機関コード (〇〇〇〇)		店番号 (〇〇〇〇)		
	預金種別	普通 当座	口座番号		
			〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ	ケンボ タロウ			
口座名義 ※被保険者名義	健保 太郎				

社会保険労務士の 提出代行者の印	Ⓜ
---------------------	---

平成 年 月 日提出

受付日付印