

健 保 記 入 欄	支給期間	自 令和	
		至 令和	
	支給額 算定式		

For Health Insurance Society Use Only

## 健康保険出産手当金支給申請書

Insurance Card Code/Number		Coverage Start Date	
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 令 2 7 0 4 0 1
		番号 〇〇〇〇	保険者 資格喪失日 (喪失後の場合) 平 令
	被保険者 氏名	フリガナ  Jennifer Smith	Signature or Seal ⑧
			〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo
	生年月日	昭和 平成 令和 2 年 11 月 30 日	Date of birth 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	事業所名	ABC Corporation, 〇〇〇〇 Department	電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線〇〇〇〇) 社員 コード 〇〇〇
	出産年月日	令和 〇 2 〇 5 1 8	Estimated Delivery Date 〇 2 〇 5 1 5
	出産のため 休んだ期間	令和 2 年 4 月 4 日 から 令和 2 年 7 月 13 日 まで	Period absent for childbirth 101日間
	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	2	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	令和 年 月 日 から 令和 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	上記期間中に報酬支払いがありました	あり . か   →「あり」の場合下記を記入してください
	上記の期間中の分を全額又は一部支給する	The space the business owner writes
	賃金計算	締日 日/支払日 日 給与の種類 月額・日額・日給月給・時間給・歩合給・その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 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	出産者氏名				
	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(児)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
<h1>Attestation of Physician or Midwife</h1>					
医師・助産師の氏名 _____ 印 電話番号 _____					

支払金融機関	金融機関コード ( 〇〇〇〇 )	銀行金庫 ( 〇〇 )	本店支店 ( 〇〇 )
	預金種別	普通当座	口座番号 ( 〇〇〇〇 )
	フリガナ	Pay to Account (In the name of the insured person)	
	口座名義 ※被保険者名義	Jennifer Smith	
			口座番号 ( 〇〇〇〇〇〇 )

社会保険労務士の提出代行者の印	_____ 印
-----------------	---------

令和 年 月 日 提出

受付日付印

楽天健康保険組合