

健康 保 記 入 欄	支給期間	自 令和 年 月 日	日間	標準 報 酬	月額	
		至 令和 年 月 日			日額	
	支給額 算定式	円 × 日 =			円	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 番号	被保険者 資格取得日	平・令	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平・令	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ		◎		被保険者 住 所		〒 -					
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日						電話 ()					
	事業所名					電話 ()		(内線)		社員 コード			
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定 年月日	令和	年	月	日			
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から						日間					
		令和 年 月 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	令和 年 月 日 から						の分として					
		令和 年 月 日						まで 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はありましたか？	あり ・ なし					→「あり」の場合は下記を記入してください					
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合又は支給する場合	報酬の名称	支給対象期間						支給額			
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
	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
	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			銀行金庫	本店支店
	金融機関コード ()		店番号 ()	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義 ※被保険者名義			

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

令和 年 月 日 提出

受付日付印

楽天健康保険組合