

賃 金 入 欄	A4 (両面コピー) 又はA3サイズ でコピーして下さい	日	日間 標準報酬	月額
		日		日額
		支給額 算定式		円 × 日 = 円

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 年 月 日 令 2 7 0 4 0 1	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平 年 月 日 令	
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1-101			
	生年月日	昭和・平成・令和 2 年 11 月 30 日			電話	○○ (○○○) ○○○○	
	事業所名	株式会社○○○○ ○○○部			電話	○○○ (○○○) ○○○○ (内線○○○)	社員コード ○○○
	出産年月日	令和 年 月 日 元 0 6 2 0	出産予定年月日	令和 年 月 日 元 0 6 2 0			
	出産のため休んだ期間	令和 元 年 5 月 10 日 から			日間		
		令和 元 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	令和 年 月 日 から	の分として 円					
	令和 年 月 日 まで						

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	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か？	_____ 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	事業主の証明欄
	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 医療機関		医師または助産師の証明欄		
医師・助産師の氏名		Ⓜ		
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	
	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				

社会保険労務士等 提出代行者	
-------------------	--

令和 年 月 日 提出

受付目付印

楽天健康保険組合