健康保険 出産手当金支給申請書(その1)

	1	被保険者等 - 記号·番号	記号		番号	② 被保険 (申請者 氏	有	ガナ									
被	3	被 保 険 者 " (申請者) 住 所	絡先		()											
保	4	事業所名称															
険	5	出産予定年月	日 名	 令和	年	月 日	⑥ 出	産年	三月	日	令和	年	月	日			
者が	7	出 産 の 休 ん だ (支 給 期	た 期 明 間	め 間)	令和		日間										
記入	8	う え の 期 間 の 支 払 い を (受 け ら れ る そ の 期 間 及 て) とき	酬たは額	令和	年年	月月	日か日ま			報酬額			円			
す	被保険者の口座に振込む場合																
		指定銀行				銀行・金属 漁協・その		• 農協)			本店・支店・代理店 出張所・本所・支所						
るとこ	9振込先	口座の種類		・ 支店番号・ 通・当座・その他() 口座番号 (※右詰めで記入))					
		被保険者氏名(口座名義人)	フリガナ	-			<u> </u>	CHL/V/	<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>				
ろ				会	社に				る場		合						
	⑩委任状	委 (署名)してください。											む と同一のも	のを記入			
	(II)																
医師	(II)	① 出産者氏名 															
医師または助す	12	出産予定年月	日令	和	年	月 日	三月	日 ·	令和	年	月	日					
産師がる	14)	出生児の	¹⁵ 生 死	産 産		は 引	生産・	死産(妊娠	か月)							
意見を	16	うえのとおり相違ない	ことを証明		令和	1 年	月	日									
見を書く		医療施設の所在地															
ところ	医療施設の名称																
ろ		医師・助産師の氏名電										話 ()					
※ 備												受	付				
考																	

出産手当金支給申請書 (その2)

	1	被保険	者 氏	名															
	2	労務に服さな	よかった	期間	令和	1	年	月	日	から	令君	和	年	月	日	まで		日	間
	3			【出勤に	tO]で	、【有給	は△】て	:【公位	木は口]で、[:	欠勤に	ţ/]で <i>.</i>	それぞれ	れ表示して	てください	١,	出勤	力	自給
			月	1 2 3 4	1567	8 9 10	11 12	13 14	15 16	17 18	19 20	21 2	2 23 24	25 26 27	7 28 29	30 31		日	日
	月 #LZfv.ll\ \n													25 26 27				日	日
	j	勤務状況 月												25 26 27 25 26 27				日日	日日
		_	月											1 25 26 27				В	- 日
	4	給 与 の 私 (いずれかに○をしてを記入してください)	て金額		給		間給		で他()		基準額		30 01		円)	
事	5	総与締目と支 動怠締日と控	給日	給与	毎月 日締 / 当月 ・ 翌月 日払 勤 怠 毎月							日締	: / 当月	翌月	翌月 日控除				
業	6	所 定 休		月	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝 ・ シフト制のため不定期														
主	7	②の期間に対いの有無(通		,	で給なし	•	全部支	給あり	•	一部	支給あ	50	※ありの場	易合は⑧	欄も記	入して	ください	, \ °	
土	8	多 支給した報酬の 内 訳								令和		年	月	日~	令和	年	月		∃~
が										令和		年	月	日分	令和	年	月		日分
				報酬の名称			基本額		支給額			額				支給額			
証									円					円					円
明									円					円					円
				任人	⇒1 <i>b</i> /c ⊥	- \\d_r / \ ##	L 1-da-17-△ →	1 k/k	円					円					円
す 賃金計算方法(欠勤控除計算方法)																			
る	9	②の期間に対	動手当	*	に給なし	•	全部支	· 給あり		一部	支給を	5N	※ありの場	ま合け(値)	欄も訂	!えして	ください	۸.	
Į,		の支払いの有	手無		支給なし・・全部支給あり・・一部支給あり								7•(0))-2///	, , , , , ,	., (0 (
ک	10			日額	頂支給 出勤日の						日と有給休暇のみ			(日額:			円))
Ĺ		支 給 し 通勤手当の		定期券	代支給	3 #	月払い	•	前払	()				(支糸	合額:			円)
	迪 期 于 ヨ		トコ町	(対象期	間: 令	和	年	月	日~	令和	ź	丰	月	日)(支統	合日:令和	Π	年	月	日)
ろ		(いずれかに○をし を 記 入 し て くだ	ンて金額 [さい]	(対象期	間: 令	和	年	月	日~	令和	名	丰	月	日)(支糸	合日:令拜	Ī	年	月	日)
				精算済	の場合	算出	过式:							(控)	余日:令和	Ī	年	月	日)
	11)	②の期間に対(賞与を除く)				支給なし	, •	支給	あり	% あり)の場	合は低	側も記	し入してくた	<i>ごさい。</i>				
	12	士のより	3 A A	報酬	の名称	ř.	支給	額				支給	対象期	間			支統	給日	
		支給した報奨内	金の訳						 令和 円]	年	月~	~令和	年	月	令和	年	三月	日
	13	うえのとおり相		_	月します				1						令和	É	F	月	日
				₸	_									i					
		事業所の原	所 在 地																
		事業所の	名 称																
		事 業 主	氏 名		_		_			_	_			電話	(_)		

記入上のご注意

出産手当金は女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、出産日以前42日目から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

(共通事項)

・○○日間と記載する欄は、両端を入れて間違いなく計算してください。 例えば、4月5日から4月10日までは、6日間となります。(5日間ではありません。)

(被保険者が記入するところ)

・①は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。

(保険給付金の振込先について)

- ・ ⑨または⑩どちらかを選択し、記入してください。
- ・振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は、⑨のみ記入してください。
- ・事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合は⑩のみ記入をして ください。

(事業主が証明するところ)

- ・申請期間にかかわる出勤簿(写)および賃金台帳(写)を添付してください。
- ・②は「被保険者が記入するところ」の⑦に記入された申請期間のうち出産のため労務に服 していない期間(有休・公休日を含む)を記入してください。
- ・③に5か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分を記入してください。
- ・⑧は賃金台帳の控除額や支払額の根拠が分かるよう、欠勤控除額や日割支給額の計算式を記入してください。

記入欄が不足する場合は賃金台帳に直接書き入れてください。

(医師または助産師が意見を書くところ)

・⑮で「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何か月の死産であるかを記入してください。

< お問合せ先> 通信機器産業健康保険組合 給付課 TEL 03-3242-5452