

# 健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	-		被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 氏 名	(フリガナ)
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 住 所	〒 - 電話 - -			
	事 業 所	名 称			
		所 在 地			
	出 産 予 定 日	令和 年 月 日			
	出 産 日	令和 年 月 日			
	出 産 の た め 休 ん だ 期 間 ( 申 請 期 間 )	令和 年 月 日から			
		令和 年 月 日まで			
	う え の 期 間 分 ( 申 請 期 間 ) の 報 酬	受 け た ・ 一 部 受 け た ・ 受 け ら れ ない			
	出 産 の た め 入 院 し た 期 間	令和 年 月 日から			
令和 年 月 日まで					
入 院 費 用 の 別	健康保険 ・ 自費 ・ その他 ( )				
被 保 険 者 名 義 ( 申 請 者 ) 受 取 金 融 機 関	銀 行	本店	種 別	普 通 ・ 当 座	口座番号 7ケタで記入
	信用金庫				
	信用組合	支店			
	農 協				
					口座名義 (カタカナ)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者 氏名 (申請者)	
	住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代 理 人	〒 - 電話 - -	
	住所	
	フリガナ 氏名	

令和 年 月 日提出

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示して下さい。																																			
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出 勤	有 給		
	令和 年 月																																		日	日
	令和 年 月																																		日	日
	令和 年 月																																		日	日
	令和 年 月																																		日	日
	うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳 (月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出)																																			
	種 類	支 給 額	1日当りの額	支 給 期 間		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入下さい。																														
	基 本 給	円	円	月 日	月 日分																															
	役 付 手 当	円	円	月 日	月 日分																															
家 族 手 当	円	円	月 日	月 日分																																
通 勤 手 当	円	円	月 日	月 日分																																
計	円	円	月 日	月 日分																																
労務に服さなかった日について 報酬を支払わない場合はその旨と理由																																				
被 保 険 者 の 業 務 内 容	給 与 の 種 類	月 給 ・ 日 給 ・ 日 給 月 給	賃 金 計 算	翌 日 締 め																																
		時 間 給 ・ 歩 合 給	賃 金 計 算	翌 日 払 い																																
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				担 当 者 氏 名																																
事業所所在地																																				
事業所名称																																				
事業主氏名				電 話 ( )																																

◎申請期間分と申請期間前一ヶ月分(通常勤務日分の出勤簿(タイムカード)及び賃金台帳の写しを添付して下さい。)

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 す る と こ ろ	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	生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)
	出 産 の た め に 入 院 し た 期 間	令 和 年 月 日 から	左 記 の 期 間 の 内 は 健 康 保 険 ま た は 公 費 で 入 院 し た 期 間	令 和 年 月 日 から
		令 和 年 月 日 ま で		令 和 年 月 日 ま で
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名				
電話 ( )				

(千葉県トラック健康保険組合)