

健康保険 出産手当金支給申請書

記入例

確認欄	この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。（ただし、医師の証明欄は除く。） ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認しています。	令和 5年 7月 7日 提出
<input checked="" type="checkbox"/>		

①事業所名称	(株)〇〇〇協同サービス	②被保険者証 記号-番号	100 - 55			
③被保険者氏名	健保 花子	性別	④生年月日	昭和・平成 2年 7月 20日	⑤年齢	32 歳
		女				
⑥被保険者住所・連絡先	(〒310-xxxx) (TEL. 029-xxx-xxxx) 水戸市梅香〇丁目●●番地▲▲▲マンション202号					
⑦出産予定日	令和 5年 4月 16日	⑨妊産婦マル福	該当・不該当・県外			
⑧出産日	令和 5年 4月 17日					
⑩出産のため休んだ期間	2023年3月6日 ~ 2023年6月12日まで 99日間					
⑪入院期間	2023年4月17日 ~ 2023年4月22日まで 6日間					
⑫報酬が支払われない理由	給与規程により産前産後の給料が支払われないため。					

⑬給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。	※公金受取口座または健保組合登録口座のいずれかに回して下さい。				
	健保組合登録口座	<input checked="" type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。					
	受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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 (氏名) (住所)				
		受取代理人	受取代理人 住所・電話 氏名				
			金融機関名称 及び預金種別	信連 農協 銀行	本店・支店	(普通・当座)	
口座番号			左づめでご記入下さい。				
	(フリガナ) 名義人	(フリガナ)					

○被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

令和5年5月改訂版

記入例

医療機関に記入を依頼して下さい。(医師の捺印は省略できます。)

出産者氏名	健保 花子	出産予定日	2023年4月16日	出産日	2023年4月17日
入院期間	2023年4月17日 ~ 2023年4月22日まで 6日間				
出生児の数	①(単胎) ・ 多胎 (児)			入院費用の別	
生産または死産の別	①(生産) ・ 死産 (妊娠 週)			健保 ①(自費) 公費・その他	
上記のとおり相違ありません。 2023年 6月 19日	医療機関	(所在地) 水戸市2丁目●●番地 (名称) ●●●産婦人科病院	医師の氏名 茨城 華子		

○給与規程(写)を添付して下さい。

事業主に記入を依頼して下さい。

被保険者氏名	健保 花子	生年月日	平成2年7月20日	年齢	32 歳	
労務に服さなかった期間	2023年3月6日 ~ 2023年6月12日まで 99日間					
勤務状況 【出勤は○】【有給は△】【公休は●】【欠勤は/】とし、それぞれ赤で表示して下さい。					出勤	有給
3 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	4 日	0 日			
4 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	0 日	0 日			
5 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	0 日	0 日			
6 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	0 日	0 日			
上記の期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。		給与の種類 (月給 ・ 日給 ・ 週給 ・ 時給 ・ その他 [])				
区分	期間 単価 (円)	3月1日 ~ 3月31日分	4月 1日 ~ 6月 30日 分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算 締日 30日 支払日 21日	
		支給額 (円)	支給額 (円)	支給額 (円)		
基本給	1,000	28,000			賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) について記入して下さい。 基本給計算方法 @1,000×7時間×4日 = 28,000円	
通勤手当	800	3,200				
手当						
手当						
手当						
手当						
計		31,200	0			
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 5年 7月 4日				
事業主	住所	水戸市〇〇町1丁目1番1号1号				
	名称	株式会社 〇〇〇協同サービス				
	氏名	代表取締役 水戸 一郎				
					健保事務担当者確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>	
(※) 事業主の押印は省略できます。						