

# 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 女	④生年月日 昭和・平成 2年 7月 20日	⑤年齢 32 歳
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 checked="" 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当て下さい。	
	健保組合登録口座	<input 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。		
	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 の欄	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

茨城県農協健康保険組合

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	②生産・死産(妊娠週)			健保③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		医師の氏名
		(名称)	●●●産婦人科病院		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	月 日 ~ 月 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	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					
					<table border="1"> <tr> <td>健保事務担当者確認欄</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	健保事務担当者確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>
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。		