

健康組合使用欄	支給決定額		円		常務理事	担当上司	担当				
	支給期間	自	令和	年	月	日	日数				
		至	令和	年	月	日	日				
	減額期間	自	令和	年	月	日	日数	金額			
		至	令和	年	月	日	日	円			
全額不支給(期間)	自	令和	年	月	日	日数	受取代理人	α	産前	～	日
	至	令和	年	月	日	日	無・有	産後	～	日	

## 健康保険出産手当金支給申請書

三谷健康保険組合理事長 殿

※個人番号で申請される場合は、備考欄(被保険者記入欄下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号				被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	被保険者の生年月日						
	-						昭平	年	月	日			
	被保険者(申請者)の住所	郵便番号			(フリガナ)	電話番号							
	-				-			-					
	事業所(会社)の名称	事業所(会社)の所在地			TEL - -								
	出産予定日	令和 年 月 日			出産日	令和 年 月 日							
	出産のため仕事を休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日から			令和 年 月 日まで						日間	
	出産のため仕事を休んだ期間の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>全部受けた(受けられる)</li> <li>一部受けた(受けられる)</li> <li>受けていない(受けられない)</li> </ul>			報酬の支払を受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで			日間	
	円												
	出産で入院したときはその旨	上記の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院した期間			自	年	月	日	至	年	月	日	日数
上記の休んだ期間のうち自費で入院した期間			自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日間	
振込希望口座		銀行			本店			支店					
		金庫			出張所								
		信組											
		預金種別	普通・当座	口座番号	口座名義			(フリガナ)					
備考													

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				(フリガナ)	委任者と代理人との関係
	令和 年 月 日				代理人の氏名	
	被保険者(申請者)の住所	氏名				
代理人の住所	郵便番号		(フリガナ)			電話番号
-		-			-	

※出産手当金は、被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合においては、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)目から出産の日後56日までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

※出産手当金の支給期間中に傷病手当金の要件も満たす場合は、出産手当金が優先されます。

事業主が証明するところ	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ください。)											出勤	有給																						
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	給与の種類																											
					～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	月給	日給	日給月給	時間給						歩合給	その他																	
					支給額			支給額			支給額																								
		基本給						賃金計算																											
通勤手当										締日						日																			
手当										支払日			当月			日																			
手当												翌月			日																				
手当												担当者氏名																							
現物給与																																			
計																																			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。													令和 年 月 日																						
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名													電話 - -																						

※賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。  
 ※被保険者の資格喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明はしないでください。  
 ※勤務状況欄で資格喪失日以降の日は記入しないでください。

医師または助産師が意見をかくところ	出産者氏名																
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	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 カ月 週 )											
	①出産のため入院したときはその期間	令和	年	月	日から	日間	入院費用の別	健 保 ・ 公 費									
		令和	年	月	日まで												
	②入院した期間のうち健康保険を使用したときはその期間	令和	年	月	日から	日間		自 費 ・ その他									
上記のとおり相違ありません。													令和 年 月 日				
医療機関の所在地																	
医療機関の名称																	
医師の氏名													電話 - -				

※①欄は、出産に関し入院した場合において、その入院が健康保険の療養の給付扱いであったか否かの別を記入してください。なお、健康保険扱いで入院した場合は、その入院の期間を②欄に記入してください。