

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	資格取得日	昭平令	年	月	日	資格喪失日	令 年 月 日	
	支給期間	令 年	月	日	～ 令 年	月	日 (日間)	
	支給決議金額	法定給付 (支給日額 円)					円	
		報酬調整減額					円	
支給金額					円			

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③記号		④番号			⑤氏名	
	⑥生年月日	昭和・平成	年	月	日 (歳)	⑦連絡先電話番号	
	⑧委任状 ※退職者も必ず署名すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名					
	⑨退職者 振込先口座	銀行名	支店名		口座番号		
	口座名義	(フリガナ) (漢字)					

医 師 の 記 入 欄	生産・死産の別	生産・死産	分娩予定日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	分娩日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)						
	医療機関 所在地: 名称: 医師名:	令和 年 月 日 電話番号:					

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	令 年 月 日から	令 年 月 日まで	日間	
	勤務状況 (出勤は○、有給は△で表示して下さい)			出勤日数	有給日数
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日	
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日	
	月度	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日	日	
上記期間中に報酬を支給した(する)場合	日額 円	日数 日	金額 円		
上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)					
事業主 所在地: 名称: 氏名:	令和 年 月 日 電話番号:				