

受付年月日	支払年月日

# 健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦ 被保険者等 記号・番号	-	① 被保険者 (申請者) 氏名・印	④ 生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑤ 被保険者 (申請者) 住所・TEL	〒  TEL	事業所名称 所在地 勤務地 【部署名】	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 部署名 】		
	⑧ 資格取得 年月日	平成 令和	年 月 日	⑥ 退職後の請求である場合は 資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	② 今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか それとも出産後の申請ですか	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請	「出産前の申請」の場合は、出産予定日 ⑦ を「出産後の申請」の場合は、出産予定 日と出産日を記入。		出産予定日	令和 年 月 日
	⑨ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 日間	⑩の期間(申請期間)に報酬を ⑪ 受けましたか。また今後受けられ ますか。該当する番号に○		1. 受けた 2. 受けない 3. 今後受ける 4. 今後受けない	
	⑫ ⑨で①、③と答えた場合、その ⑬ 報酬額とその報酬支払の基礎と なった(なる)期間を記入	自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日 円	⑭ 事業所 記入欄	⑮ 出産予定日から見た 産前・産後の期間※	※出産(予定)当日は産前に、出産翌日から産後に含まれます。 産前[42(98)日前] 産後[56日後] / ~ /	

⑫ 右のページに給付金の受取りに関する項目があります。忘れずにご記入ください。

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	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・死産の別	生産・死産 ( 妊娠 週 )
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	医療施設の所在地 名称 医師・助産師名	TEL ( )		

※ 健 保 記 入 欄	<b>出産手当金支給決定同 (産前・産後・産前産後)</b>										
	支給支出決定年月日			支給決定金額			支給方法		常務理事	事務長	担当者
	年 月 日			円			現金 振込				
	支給 (決定) 期 間	自	年 月 日	出産日	年 月 日	資格取得 年月日	年 月 日	資格喪失 年月日	年 月 日	*期間(年月日と日数)・金額を記入 1. 減 額 2. 不支給	
		至	年 月 日 日間		出 産 予 定 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日		
	支給 開始日	年 月 日			支給 日 額	円					
	支給開始日 以前の 期間と報酬	<input type="checkbox"/> 12か月以上	⑦ 自	年 月 日	円	⑧ 自	年 月 日	円	当該年度の前年9/30における全被保険 者の同月の標準報酬月額を平均した額 円		
		<input type="checkbox"/> 12か月未満	至	年 月 日 か月	円	至	年 月 日 か月	円			
支給金額 (日額) 算出式	⑨標準報酬月額期間 ⑩標準報酬月額期間 日額 ( 円 月 × 円 月 ) ÷ 12か月 ÷ 30日 × 2/3 = 円 × 日 = 円										
備考欄	※1: 標準報酬日額(5円未満:切捨、5円以上10円未満:切上) ※2: ※1の2/3相当額(50銭未満:切捨、50銭以上1円未満:切上)										

