

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	⑧	⑨ 生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	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 本社 姫路刈込 東京 北陸 名古屋 北九州 【 部署名 】			
	資格取得 年月日	平成 令和	年 月 日	④ 退職後の請求である場合は 資格喪失年月日	令和	年	月 日
	今回の出産手当金の申請は、 ② 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
	③ 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	
	⑫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	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						
				⑯	TEL	()

※ 健 保 記 入 欄	出産手当金支給決定同 (産前・産後・産前産後)										
	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		
		至	年 月 日 日間		出 産 予 定 日	年 月 日		資格喪失 年月日	年 月 日		
	支給 開始日	年 月 日			支給 日 額	円		報酬との調整 1. 減 額 2. 不支給 * 期間(年月日と日数)・金額を記入			
	支給開始日 以前の 期間と報酬	<input type="checkbox"/> 12か月以上 <input type="checkbox"/> 12か月未満	⑰ 自	年 月 日	円	⑱ 自	年 月 日				
	支給金額 (日額) 算出式		⑲ 標準報酬月額期間		⑳ 標準報酬月額期間		日額				
(円	×	円	×	円	÷12か月÷30日×2/3=	円	×	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)

