

※記入例

支給額	年 月 日	百 拾 円	常務理事	事務長	担当者	資 得	年 月 日	被扶養者
支給・不支給	年 月 日	日間	記入不要			格 喪	年 月 日	台帳照合
決定	年 月 日	日間				前 始	年 月 日	回 終
分べ	年 月 日	分べん	不支給	間	年 月 日まで	入院期間	年 月 日	
備考	決定標準報酬( , -円)		一部	期	年 月 日から	日間	日間	
			不支給	間	年 月 日まで	円	法第51条	該当・不該当
				理由			法第55条・法第57条・法第58条	
							該当条文	

健康保険 出産手当金支給申請書 (その1)

(1) (第 回目)

(2) 記号・番号	(記号) 1 (番号) 1 2 3 4 5	(3) 被保険者の氏名	(社員番号) 〇〇〇〇 三菱 花子	(4)
(5) 被保険者現住所	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇	電話番号 ( ) 〇〇〇-〇〇〇〇		
(6) 事業所の名称	三菱UFJニコス株式会社			
所属・電話	東京営業部	内線 〇〇〇-〇〇〇〇	TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
(7) 被保険者の資格を取得した日	〇〇年 4月 1日	(8) 被保険者の標準報酬月額※	千円	
(9) (A) この請求は分べん前の期間にかかるものですか、または分べん後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか	分べん前・分べん後・分べん前後			
(B) 分べんの日	2年 4月 2日	(C) 分べん予定日	2年 4月 4日	
(10) 分べんのため休んだ期間	2年 2月 20日から	98日間		
	2年 5月 28日まで			
(11) (A) うえの(10)に書いた期間の分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか	受けた・受けない・受けられる・受けられない			
(B) 報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	〇年 〇月 〇日から		の分として 〇〇〇〇円	
	〇年 〇月 〇日まで			
(12) (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん・入院外分べん			
(B) (ア) 病院または産院名	〇〇〇 総合病院	(イ) 病院または産院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇	
(ウ) 入院した期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 〇日間			

注 ①年金証書(写し)・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

- ・記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

\*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。

振込希望口座	銀行		支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義

受付日付印

事業主が証明するところ	(13) 労務に服さなかった期間	年 月 日から	日間	年 月 日まで	
	(14) うえの期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から	金 円	日額
		(イ) 一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から	金 円	日額
	(ウ)	※請求期間の在職期間中について、勤務していたことを会社で証明をしてもらう。			
うえのとおり相違ないことを証明します。 <span style="float: right;">年 月 日</span>					
(15) 事業主 住所		(17)			
(16) 氏名		(17)			
		電話 ( )	番		

医師または助産婦が意見をかくところ	(18) 分べん年月日	年 月 日	(19) 分べん予定年月日	年 月 日	
	(20) 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	(21) 生 産 または 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月)	
	(22) 入院して分べんしたときは、その期間	年 月 日から	日間	(23) 入院費用 の 別	健保 ・ 公 費 自費 ・ その他
	(24) 出生児の数	※病院で証明をもらう。			
	うえのとおり相違ありません。 <span style="float: right;">年 月 日</span>				
(25) 職名 ( )		(28)			
(26) 住所		(28)			
(27) 氏名		(28)			
		電話 ( )	番		