

2

被保険者 申請者 情報

振込先指定口座

申請内容

 $1/2$

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主・医師・助産師記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名					
療養のため休んだ期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	☐ はい ☐ いいえ				
給与の種類	☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他				
賃金計算	締日 月 日 支払日 ☐ 当月 ☐ 翌月 月 日				
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 月 日 月 日 月 日 ～ 月 日分 ～ 月 日分 ～ 月 日分 ～ 月 日分	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) や 賃金台帳と相違がある場合 についてご記入ください。
	基本給			支給額 支給額 支給額 支給額	
	通勤手当				
	住居手当				
	扶養手当				
	手当				
	手当				
	計				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名				電話 ()	
出産のため休んだ期間(申請期間)の出勤簿及び賃金台帳(写)を添付してください。					

医師・助産師記入欄

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)	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日			
医療施設の所在地			
医療施設の名称			
医師・助産師の氏名 TEL ()			

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

決定年月日	令和 年 月 日
支給年月日	令和 年 月 日

健康保険組合決裁欄			
常務理事	事務長		担当