

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

裏面の「記載上の留意事項」を参考に、できるだけ詳しくご記入ください。

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号番号	—	②事業所名		
	③資格取得年月日	年 月 日	④標準報酬月額	千円	
	⑤出産した年月日	令和 年 月 日	⑥出産予定年月日	令和 年 月 日	
	⑦出産のため休んだ期間(支給期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑧ ⑦欄の期間に対して報酬を受けたときは、その期間・金額及び理由	月 日から 月 日まで円 出勤・有給・月給・手当・ 現物給与・その他()	
(住所は正確に。団地、アパート、〇〇方までハッキリと)					
上記のとおり請求します。 被保険者住所 〒.....					
令和 年 月 日					
氏名.....					
名古屋文具紙製品健康保険組合理事長 殿			TEL () —		

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑨労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑩ ⑨欄の期間にかかる報酬の支給状況 (給料の締切りごとにその期間及び金額を記載してください。)			
	⑩給料の種類、締日及び払日	月給・日給月給・日給 時間給・その他()	日締 日払	期間 種類	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで
	⑪ ⑨欄の期間中の報酬を	・支給した ・支給しない ・一部支給した()	基本給 月給・日給・時間給	円	円	円
	⑫ ⑨欄の期間中の就労状況を 欠勤...○、出勤...×、有給...△、公休...公 で該当日に表示して下さい。		通勤手当	1ヵ月	円	円
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	手当	1ヵ月	円	円
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	手当	1ヵ月	円	円
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	手当	1ヵ月	円	円
	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	手当	1ヵ月	円	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所の所在地					
	令和 年 月 日 名称					
(記載者氏名) 事業主の氏名						
TEL () —						

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和 年 月 日	医療機関等の 所在地・名称、 医師・助産師の 氏名	令和 年 月 日
	出産予定年月日	令和 年 月 日		
	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		TEL () —

※賃金台帳・出勤簿の写しを添付してください。

《記載上の留意事項》

1. ※印欄は記入しないで下さい。
2. 記入事項の中で訂正したところがあれば、必ず二重線で抹消してください。
3. 被保険者が記入するところ
⑤欄「出産した年月日」、⑥欄「出産予定年月日」は、両欄とも記入してください。
4. 事業主が証明するところ
 - (1) 事業主証明欄は、出勤簿、賃金台帳等より正確に記載し、証明してください。
 - (2) すでに被保険者が退職している場合は、在職中の期間について証明をお願いします。
 - (3) ⑬欄の報酬には、基本給、住宅手当、通勤手当、家族手当のほか、事業所から支給するすべての手当を記載してください。(現物で支給するものも含まれます)