

出産手当金・出産手当金付加金支給申請書 (第 1 回)

健保組合使用欄							
支給額				支給決定年月日	平成 年 月 日		
4 6	出産手当金	日	円	常務理事	事務局長	参事	担当者
6 6	出産手当金付加金	日	円				
支給額計			円				
支給計算内訳					標準報酬月額		
区分	標準報酬日額	支給日額	日数	支給金額	但し 月1日から		
出産手当金	(改定前)	円	日	円	千円		
		円	日	円	資格取得年月日	平成 年 月 日	
出産手当金付加金	(改定後)	円	日	円	資格喪失年月日	平成 年 月 日	
		円	日	円	支給開始年月日	平成 年 月 日	
支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間				支給期間満了日	平成 年 月 日	
前回支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間				備考		
支給	区分	全部 一部	期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄 日間			
	理由						

被保険者記入欄				
被保険者証記号、番号	記号 123	番号 456	被保険者氏名及び生年月日	氏名 健保 花子 (昭和 平成 50 年 3 月 3 日生)
出産年月日	平成 24 年 5 月 5 日		出産のため休んだ期間	平成 24 年 4 月 1 日から 35 日間 平成 24 年 5 月 5 日まで
出産予定年月日	平成 24 年 5 月 5 日		備考	

上記の通り出産手当金、出産手当金付加金を請求します。

平成 24 年 5 月 30 日

住金関係会社健康保険組合 理事長殿

被保険者氏名

健保 花子



- (注) 1. 出産手当金は、被保険者が出産のため産前42日間(多胎妊娠の場合は98日間)産後56日間休業(給与不支給)した場合に支給されます。但し、産前日数については、出産予定日が遅れた場合、遅れた日数分支給されます。
2. 被保険者の資格を喪失した後の期間に係る請求であるときは、事業主の証明は不要です。

出産手当金・出産手当金付加金支給申請書

※事業主に証明してもらって下さい

事業主の証明欄		(注) 事業主の証明欄は出勤簿(又はタイムカード)、賃金台帳などと照合して正確に記入して下さい。				
被保険者証 記号、番号	記号 123	番号 456	被保険者氏名	健保 花子		
労務に服さな かった期間		平成 24 年 4 月 1 日から平成 24 年 5 月 5 日まで 35 日間				
上記期間の内容						
有給対象 休日	種別	下に該当する日付を記入して下さい。	日数	報酬関係 労務不能 中の給与 支給額	平成 年 月 日から の 日分	
	有給休暇		日		平成 年 月 日まで	円支払
	振休、代休		日		(日額 円× 日分) (月 日支払)	
無給対象 休日	種別		日	支給形態	月給 ・ 日給月給 (欠勤日数分減額)	
	その他		日		日給 ・ その他 ()	
	公休日		日		給与締切	毎月 日
出勤した日	種別		日	上記の通り相違ないことを証明します。		
	その他		日	平成 ○○年 ○○月 ○○日		
事業所所在地		○○市××区△△				
事業所名称		○○○○○				
事業主の役職名・氏名		○○○○ (印)				

給付金受領委任欄	この給付金の受領を (役職名) (氏名) ○○○○	平成 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者氏名 健保 花子
	○○○○ (印)	(印)
	に委任します。	

※医師に証明してもらって下さい

医師又は助産師の証明欄			
出産した者の氏名	健保 花子	正常出産、異常出産別	正常 ・ 異常
出産年月日	平成 24 年 5 月 5 日	生産・死産別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
出産予定年月日	平成 24 年 5 月 5 日	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
入院して出 産したとき はその期間	平成 24 年 5 月 1 日から 10 日間	入院費用の別	健康保険 ・ 自費 ・ その他
	平成 24 年 5 月 10 日まで (内健保入院 日間、自費入院 日間)		
上記の通り相違ないことを証明します。			
平成 ○○年 ○○月 ○○日		所在地 ○○市××区△△	
医師又は助産師		医療機関名 ○○○○病院	
		氏名 ○○○○	
		電話 99-9999-9999 (印)	