健康保険　出産手当金支給申請書

（第　　回目）

被保険者が記入するところ

① 被保険者証	記　号 番　号		② 氏　　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 	③ ㊞
④ 現　住　所	〒　　—　　自宅又は連絡先電話番号　（　　）　　—				
⑤ この申請は出産前のものですか、出産後のものですか	出　産　前　・　出　産　後				
⑥ 出産予定年月日	平成　　年　　月　　日		⑦ 出 産 年 月 日	平成　　年　　月　　日	
⑧ 出産のため休んだ期間 （ 申 請 期 間 ）	平成　　年　　月　　日から 平成　　年　　月　　日まで　　日間				
⑨ ⑧の期間分の報酬を	受　け　た　・　受けられるが受けていない　・　受けられない				
⑩受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を　　に委任します。 平成　　年　　月　　日 被保険者氏名　　㊞				
被保険者のマイナンバー記載欄 （**被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です**）					

（被保険者の注意事項）

・⑧欄は出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前 42 日（出産の当日を含む、多胎妊娠の場合は 98 日）から、出産の日後 56 日までのうち、出産のため労務に服さなかった期間を記入してください。

・③の印と⑩の印は同じ印鑑を使用し、ハッキリと押印してください。

医師又は助産師が記入するところ

⑪ 出産予定年月日	平成　　年　　月　　日	⑫ 出 産 年 月 日	平成　　年　　月　　日
⑬ 生産または死産の別	生産　・　死産（妊娠　　週）	⑭ 出 生 児 の 数	単胎　・　多胎（　　児）

⑮

上記のとおり相違ありません。

平成　　年　　月　　日

医療施設の　所在地

名　称

医師・助産師の氏名　　㊞　　電話（　　）　　—

（医師又は助産師の注意事項）

・⑬欄が死産の場合は、妊娠何週の死産であるかを必ず記入してください。

受付日付印

事業主が証明するところ

⑯ 労務に服さなかった日（該当する日を○でかこむ）

平成　　年　　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	
平成　　年　　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	
平成　　年　　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	
平成　　年　　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	
平成　　年　　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	
	合計　　日間	

⑰ ⑯の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況

区分＼支給期間	月　日 ～ 月　日分		月　日 ～ 月　日分		月　日 ～ 月　日分		月　日 ～ 月　日分	
	支　給　額	1日当たりの額	支　給　額	1日当たりの額	支　給　額	1日当たりの額	支　給　額	1日当たりの額
基本給								
通勤手当								
家族手当								
住宅手当								
計								

⑱ 被保険者の給与の形態　　月　給　・　日給月給　・　日　給　　（その他）

⑲

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

事業所の　所在地

名　称

事業主の　氏　名　　㊞　　電話（　　）　　—

（事業主の注意事項）

・申請の際には、賃金台帳、出勤簿の写を添付してください。

・被保険者の資格を喪失した後の期間に係る申請であるときは、証明を行う必要がありません。

（共通する注意事項）

・印はハッキリと押印し、印もれのないように注意してください。

・訂正したところには、各記載者の氏名の脇に押印した印と同じ印を訂正印として押印してください。

・⑧及び⑯の期間の計算は、間違いなく計算してください。例えば 10 月 29 日から 11 月 4 日までは、7 日間となります。

大阪府電設工業健康保険組合