

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 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険の 記号番号	—	②事業所名			
	③個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は不要		④資格取得年月日	年 月 日	⑤標準報酬月額 千円
	⑥出産した年月日	令和 年 月 日	⑦出産予定年月日	令和 年 月 日		
	⑧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	⑨⑧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()		
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	⑩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	⑭⑩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。)						
	⑪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()	当月 翌月	日締 日払	期間 種類	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで
	⑫⑩欄の期間 中に報酬を	・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	円	円
	⑬⑩欄の期間中の就労状況 欠勤...○、出勤...×、有給...△、公休...□ それぞれ該当日に表示して下さい。	通勤手当		1ヵ月	円	円	円	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	円	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	円	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	円	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	円	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 (記載者氏名) 名称 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	記載事項に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地 名称 医師・助産師の氏名 TEL () — ※医療機関の名称・所在地はゴム印(スタンプ等)を使用してください。
	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)	

※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》

被保険者が記入するところ

- ①欄【健康保険の記号番号】・④欄【資格取得年月日】
マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。
- ③欄【個人番号（マイナンバー）】
健康保険の記号番号を記入の場合、省略できます。
マイナンバーを記入した場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類は不要です。
- ⑥欄【出産した年月日】・⑦欄【出産予定年月日】
両欄とも記入してください。

事業主が証明するところ

※出勤簿、賃金台帳等より正確に記載してください。

- ⑩欄【労務に服さなかった期間】
出産のために、仕事を休んだ期間を記入してください。
- ⑭欄【⑩欄の期間にかかる報酬の支払状況】
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給与の締切りごとに記載してください。欠勤控除をされている場合は、余白に算式を記入してください。