

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の記号・番号	氏名・印	
	300 - 123456	アカサ ケンボ (氏) 健保	アカサ ハナコ (名) 花子 (印)
	住所 〒153 - 0063 東京都目黒区目黒〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		生年月日 昭(平) 5年7月16日
	事業所 名称 総合警備保障株式会社 所在地 〒107 - 8511 東京都港区元赤坂1-6-6 所属 〇〇〇支社 □□□営業所	事業所の名称、所在地は本社、所属には実際に配置されている支社、部署をお書きください △△△△- 産前42日(多胎の場合は98日)、産後56日の法定期間内で申請する期間を記入してください	

申請内容	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 1年 5月 22日 から	101 日間
		令和 1年 8月 30日 まで	

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	事業主証明欄は記入しないでください	
		令和 年 月 日 まで		
	上記の期間、報酬を支給しましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → 支給した場合 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 1年 9月 5日	
事業所所在地 東京都港区元赤坂1-6-6 事業所名称 総合警備保障株式会社 事業主氏名 総合事務部長 〇〇 〇〇 (印)				

医師・助産師記入欄	出産者氏名	健保 花子		
	出産予定年月日	令和 1年 7月 2日	出産年月日	令和 1年 7月 5日
	出生児の数	単胎()・多胎() 児	生産または死産の別	生産()・死産() 週
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 1年 7月 10日	
医療施設の所在地 東京都新宿区新宿〇-〇-〇 名称 〇〇産婦人科医院 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医師・助産師名 〇〇 〇〇 (印)				

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		令和 1年 9月 2日	
		住所 東京都目黒区目黒〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室			
代理人		氏名 健保 花子 (印)			
		住所 東京都港区元赤坂1-6-6	受取代理人は本社の総合事務部長です申請者欄に、記載・押印のうえ、本社の総合事務部へ提出してください		
		氏名 総合警備保障株式会社 総合事務部長 〇〇 〇〇 (印)			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)		受付印
備考欄		