

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者証の記号番号	記号	〇〇〇〇			被保険者資格取得日	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	年	月	日	平成令和		
	番号	〇〇〇〇			2	0	1	4	0	4	0	1			
被保険者(請求者)氏名	フリガナ	クミアイカズコ			被保険者(請求者)住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-101									
	組合	和子				電話	〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇(内線〇〇〇) 〇〇〇								
生年月日	平成5年11月30日														
事業所名及び部署	ウエスタンデジタルテクノロジーズ合同会社			電話	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇(内線〇〇〇)			社員・職員コード	〇〇〇						
出産年月日	年	月	日	出産予定年月日	年	月	日								
	2	0	2	1	0	5	0	1	2	0	2	1	0	5	0
出産のため休んだ期間	2021年3月22日から														
	2021年6月26日まで														
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか		現在まで	受けた		●受けない		将来	受けられる		●受けられない					
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		年	月	日	から			年	月	日	まで	の分として	円		

支払金融機関	銀行	三井住友	本店	飯田橋
	信用金庫		支店	
	支店番号	〇〇〇	口座番号	〇〇〇〇〇〇
	普通	当座		
名義人(フリガナ)				
ケンボ タロウ				

※健保使用欄	<input type="checkbox"/> 12月間以上	被保険者平均標準報酬月額	千円
	<input type="checkbox"/> 12月間未満	健保組合平均標準報酬月額	千円
	支給日数	支給日額	円
支給日数	支給日額()円×()日間=()円		
支給額	円		

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

社会保険労務士の提出代行記載欄

ウエスタンデジタルテクノロジーズ健康保険組合理事長 殿

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	年	月	日	出産予定年月日	年	月	日
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常			生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)		
	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							
	上記のとおり相違							
<h2 style="color: red;">医師または助産師の証明欄</h2>								
職名()	所在地	名称	氏名	電話				

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年	月	日	から	日間	給与の締日及び支払日	日締	日払
		年	月	日	まで				
	①全額支給した場合又は支給する場合	年	月	日	から	の分の報酬を	円		
	②一部支給した場合又は支給する場合	年	月	日	まで		円		
③現在まで又は将来も支給しない場合はその旨	年	月	日	から			主までも将来も支給		
上記のとおり相違ないことを証明します。									
所在地									
事業主 名称									
氏名									
電話									

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

備考欄	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。	
①通知カードのコピー(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー(両面)のいずれか1点	
・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	