

# 健康保険出産手当金支給申請書

被保険者等 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)	平成	年	月	日					
	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 <b>クミアイ カズコ</b>			被保険者 (請求者) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 <b>東京都〇〇区〇〇町1-1-101</b>											
	<b>組合 和子</b>				電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇											
生年月日	平成5年 11月 30日			社員・職員 コード 〇〇〇												
事業所名 及び部署	〇〇〇〇〇〇〇〇 △△△部			電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 (内線〇〇〇)			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	5
出産のため 休んだ期間	2021年 3月 22日 から			97日間			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	三井住友 銀行 信用金庫		飯田橋 本店 支店		
	支店番号	普通 当座	口座番号		
	〇〇〇		〇〇〇〇〇〇		
名義人(フリガナ)					
<b>ケンボ タロウ</b>					

※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
支給額	(支給日額)円×(支給日数)日間=( )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						
<b>医師または助産師の証明欄</b>								
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
		年	月	日	まで		日締 日払
	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	から		円
	③現在まで又は将来も 支給しない場合はその旨	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(被保険者等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