

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号 番号	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	
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ					〒				
	生年月日	年 月 日					被保険者 (請求者) 住 所				
	事業所名 及び部署	電話 (内線)						社員・職員 コード			
	出産年月日	年	月	日	出産予定 年 月 日	年	月	日			
	出産のため 休んだ期間	年 月 日 から					日間				
			年 月 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				の分として			
				年 月 日 まで				円			

支払金融機関	銀行 信用金庫		本店 支店
	支店番号	口座番号	
	普通・当座		
	名義人(フリガナ)		

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

※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
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヶ 月)
	入院して出産したときは、その期間	年 月 日 から	日 間	入 院 の 費 用 の 別
		年 月 日 まで		健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
所在地				
職名 () 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
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	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
			年 月 日 まで		
		②一部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
		年 月 日 まで			
	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	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
		年 月 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日					
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	