

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	被保険者証の記号番号	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			被保険者(請求者)住所		〒				
	生年月日	年	月	日	電話 (内線)		電話 ()				
	事業所名及び部署						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							円
		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	普通・当座	口座番号
	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	円
	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	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
		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					
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	