

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円			
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日

## 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	82	番号	100000	生年月日	□昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日		
	氏名	(フリガナ) サンテタ ケンコ	三立 健子	所属	三協立山(株)○○ ○○○	部・支店・工場 課		
	自宅住所	(〒 933 - ○○○○ )	富山	(都道) (府県)				
	電話番号	TEL 0766( ○○ ) ○○○○	高岡市○○○町	○○○番地				

申請内容	1 出産のため休んだ期間 (申請期間) ※有給休暇も含めて 記入ください。	令和 ○年 ○月 ○日	から	令和 ○年 ○月 ○日	まで	○○日間	(出産日の翌日から数えて56日目まで)
	2 出産予定日	令和 ○年 ○月 ○日	3 出産日	令和 ○年 ○月 ○日			
	4 出産した医療機関等の 名称と所在地	名称	○○○病院	所在地	○○県○○市○○町	○○番地	
	5 出生児の数	単胎	(多胎)	( )	児		

※「事業主が証明するところ」は会社で証明するので記入しないでください。  
「医師・助産師が記入するところ」は医師・助産師の証明を必ず記入してもらってください。

振込先指定口座	金融機関 名称	北陸	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協)	高岡	(本店) (支店) (出張所)	店舗番号	201
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7			
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンテタ ケンコ	口座名義 の区分	1	1. 申請者(被保険者) 2. 代理人		

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と 代理人との 関係
		(フリガナ) 氏名	

受付日付印
-------

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。※【注意】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。

被保険者氏名		事業主記入用																														
出産のため休んだ期間 (申請期間)		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間																						
勤務状況【出勤は○】・【欠勤は×】・【有給休暇は△】・【公休は公】でそれぞれ表示ください。																																
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
事業主が証明するところ 上記期間の賃金内訳	区分	月	月分					月分					月分					月分														
			該当するものに○					支給額(円)					該当するものに○					支給額(円)														
	基本給		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	通勤手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
	手当		全額・日割・無										全額・日割・無																			
(備考)																																
上記のとおり相違ないことを証明する。																																
令和 年 月 日										事業所名称										※会社で証明します												
										事業所所在地																						
										事業主氏名																						

出産者氏名		医師等記入用																													
出産予定年月日		令和	年	月	日(予定日)	出産日年月日		令和	年	月	日(出産日)																				
出生児の数		<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( 児 )					生産または死産の別		<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)																						
上記のとおり相違ないことを証明する。																															
令和 年 月 日										医療施設の所在地										※医療機関等で証明をもらってください											
										医療施設の名称																					
										医師・助産師の氏名																					
電話																															