

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	番号	生年月日	
	氏名	(フリガナ)	所属	部・支店・工場 課
	自宅住所	(〒 - )	富山 (都道 府県)	
	電話番号	TEL ( )	高岡市〇〇〇番地	

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 〇 年 〇 月 〇 日から	令和 〇 年 〇 月 〇 日まで	〇〇日間	
	2 出産予定日	令和 〇 年 〇 月 〇 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	所在地		
	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	銀行 金庫 信組 農協 漁協	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	1234567 ※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。		口座名義 の区分

▼「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 ( ) 住所 (フリガナ) 氏名	委任者と 代理人との 関係

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	月	月分					月分					月分					月分															
	区分	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 ( )									