

健康保険出産手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	記号	番号	事業所の名称	
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	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			
	出産のため休んだ期 間（申請期間）におけ る報酬支払の有無	受けた(る) 受けない		(いずれかを○で囲んでく ださい。)	
	報酬支払を受けた (る)場合の報酬支払 の基礎となる期間及 び報酬の額	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円			
	支払金融機関 (受取を代理人に 委任する場合は委 任状も記入)	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記 の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
		金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
				普通 当座	(カタカナ)
	委任状	被保険者	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 被保険者氏名		
		受取代理人 (口座名義人)	住所		
〒(日中連絡先)					
	氏名				
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。 (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。)					
備 考 欄					
<input type="checkbox"/> 上記申請内容に誤りがないことを確認の上、申請します。 郵便番号 令和 年 月 日 住所 カネカ健康保険組合理事長 殿 被保険者(申請者)の氏名 電話番号					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)。					

証 明 す る 助 産 師 が	出産者氏名		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 カ月 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名		

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消、正しい内容と証明者氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険出産手当金支給申請書(事業主記入用)

2/2

【被保険者の方へ】お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

第1回目の請求及び請求期間に有休・出勤が含まれる場合は、勤務表・賃金台帳コピーのご提出をお願いします。

事業主が証明するところ	被保険者氏名						
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間 上記期間において出勤日・有給休暇がある場合 出勤日 (令和 年 月 日から令和 年 月 日) 有給休暇 (令和 年 月 日から令和 年 月 日)					
	上記期間における賃金支給の有無	支給なし		支給あり		支給なしの場合も、上記期間に対する支給済賃金がある場合は、賃金支給内容・賃金支給状況・賃金計算方法(欠勤控除計算方法)を必ずご記入ください。	
	賃金支給内容	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給		賃金計算	締日 日	
			<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他			支払日 <input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日	
	上記期間における賃金支給状況		単価	~ 年 月 日	~ 年 月 日	~ 年 月 日	~ 年 月 日
		基本給					
		通勤手当					
		住居手当					
		扶養手当					
手当							
手当							
現物給与							
賃金計算方法 (欠勤控除計算方法)	基本給						
	通勤手当						
	住居手当						
	扶養手当						
	手当						
	手当						
	現物給与						
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名称 事業主氏名							

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消、正しい内容と証明者氏名(サイン)をご記入ください。