

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	平成・令和 年 月 日	出産年月日	平成・令和 年 月 日		
	出産のため休んだ 期間（申請期間）	平成・令和 年 月 日から平成・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	<input type="checkbox"/> 受けた(る) <input type="checkbox"/> 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	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 円				
	支 払 金 融 機 関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
				普通 当座		(カタカナ)
	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					
	上記により申請します。		令和 年 月 日	郵便番号	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	印	
<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 師 ・ 助 産 師 が	出産者氏名			
	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日	出産年月日	平成・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 ヲ月 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

健康保険出産手当金支給申請書(事業主記入用)

【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。

健康保険証の	記号		番号		被保険者氏名	
労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から平成・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 (平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日) 有給休暇 (平成・令和 年 月 日から平成・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 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他			賃金計算	締日
						支払日
事業主が証明するところ 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	
	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						

