健康保険出産手当金支給申請書（第　　回目）

※申請書は被保険者の自書にてお願いします。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証 記号・番号	記号		② 被保険者（申請者）の氏名と印（個人番号）	（フリガナ）　　㊞
	番号			
③ 被保険者（申請者）の住所	〒　　―			電話（　　）　　―
④ 事業所の名称		⑤ 資格取得年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
⑥ 出産日	平成・令和　　年　　月　　日	⑦ 出産予定日	平成・令和　　年　　月　　日	
		⑧今回の請求期間	出産前　・　出産後	
⑨ 出産のため仕事を休んだ期間（申請期間）	年　月　日　から　年　月　日　まで　　日間			
⑩ 出産のため仕事を休んだ場合	基本給は	全額受けられる　・　一部受けられる　・　受けられない		
	諸手当は	全額受けられる　・　一部受けられる　・　受けられない		
⑪ 病院所在地		病院名		
⑫ 入院期間	年　月　日　から　年　月　日　まで　　日間			
⑬ 入院期間のうち健康保険で入院した期間	年　月　日　から　年　月　日　まで　　日間			

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

金額の受領を委任するときに記入

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者（申請者）氏名　　㊞

委任された者の事業所名

住　所　　委任者と代理人との関係

氏名・印　　㊞

上記金額正に受領いたしました。　　令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　㊞

受付日付印

※訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。

※ 被保険者（請求者）本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記載欄												

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カードの写し等）」、「本人確認（運転免許証の写し等）」をするための添付書類が必要です。）

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

名古屋木材健康保険組合

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ

㋐ 就労状況	月	労務に服さなかった期間	年　月　日から　年　月　日まで	出勤	有給
		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	計	日	日
欠勤－×　有給ー△		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	計	日	日
出勤―〇　公休ー公		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	計	日	日
と該当日に表示		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	計	日	日

㋑ 給料の種類	月給・日給月給・日給・時間給　その他（　　）	㋒ 給料締切日	日締	㋓ 給料支払日	当月・翌月　　日	㋔ 標準報酬月額	千円

1か月分の基本給・諸手当の額（支給の有無に関係なく記入）	㋕ 基本給や諸手当の支給状況（給料の締切単位に記入してください）				賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください ※ 必ず記入してください
	月　日～月　日分	月　日～月　日分	月　日～月　日分	月　日～月　日分	
基本給　円	円	円	円	円	
住宅手当（1か月　円	円	円	円	円	
通勤手当（1か月　円	円	円	円	円	
家族手当（1か月　円	円	円	円	円	
手当　（1か月　円	円	円	円	円	
手当　（1か月　円	円	円	円	円	
手当　（1か月　円	円	円	円	円	
現物給与　円	円	円	円	円	
計　円	円	円	円	円	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日　　担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞　　電話　　（　　）

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。

医師または助産師が意見を記入する欄

患者氏名			
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）	生産または死産の別	生産　・　死産　（妊娠　　週）

上記のとおり相違ありません。　　令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名　　㊞　　電話　　（　　）