出産手当金記入例

健康保険出産手当金支給申請書（第　1　回目）

被保険者が記入するところ

① 被保険者証 記号・番号	記号	9111	② 被保険者（申請者）の氏名と印	（フリガナ）カトウ　アキコ 加藤　明子　加藤 ㊞	
	番号	100			
③ 被保険者（申請者）の住所	〒 462－0053 名古屋市北区黒川四丁目１番５号　黒川荘112			電話（ 052 ） 915 — 0591	
④ 事業所の名称	名　護（株）		⑤ 資格取得年月日	昭和 [✓ 平成] 令和 20 年 4 月 1 日	
⑥ 出産日	[✓ 平成] 令和 24 年 5 月 3 日		⑦ 出産予定日	[✓ 平成] 令和 24 年 5 月 7 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）	平成 24 年 3 月 22 日 から 平成 24 年 6 月 28 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	名古屋市中区新栄三丁目８番２号		病院名	新栄産婦人科医院	
⑫ 入院期間	平成 24 年 5 月 3 日 から 平成 24 年 5 月 9 日 まで			7 日間	
⑬ 入院期間のうち健康保険で入院した期間	平成 24 年 5 月 3 日 から 平成 24 年 5 月 5 日 まで			3 日間	

この住所は、正確に記入してください。アパート・マンションは「棟・号」までを同居の時は「○○」方と記入してください。

⑨欄の期間中に入院した時に、記入してください。

異常分娩のため、健康保険で入院したときは、その期間を記入してください。

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。

名古屋木材健康保険組合

※ 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		㊞

実際に支給した給料ではなく、本来支給すべき額を記入してください。

出産のため仕事を休んだ期間を記入してください。

給料の締切単位で記入してください。賃金台帳を確認して、正確に記入してください。給料を支給する前に請求するときは、支給予定額を記入してください。

事業主が証明するところ

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。

㋐ 就労状況　欠勤－×　有給－△　出勤―○　公休－公　と該当日に表示

労務に服さなかった期間　平成 24 年 3 月 22 日 から　平成 24 年 6 月 28 日まで

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	計	出勤	有給
3	1	2	公	公	5	6	7	8	9	公	公	12	13	14	15	⑯	公	公	⑲	公	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	計	日	日
4	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	公	×	計	日	日
5	×	×	公	公	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	計	日	日
6	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	×	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	15 日締	㋓ 給料支払日	[当月 翌月] 25 日
㋔ 標準報酬月額	260 千円				

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）

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）		3 月 16 日～ 4 月 15 日分	4 月 16 日～ 5 月 15 日分	5 月 16 日～ 6 月 15 日分	6 月 16 日～ 7 月 15 日分	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
基本給	250,000 円	22,726 円	0 円	0 円	0 円	
住宅手当（1か月	円	円	円	円	円	
通勤手当（1か月	5,000 円	5,000 円	0 円	0 円	0 円	
家族手当（1か月	円	円	円	円	円	
技術手当（1か月	5,000 円	5,000 円	0 円	0 円	0 円	250,000 円 × 2/22
手当（1か月	円	円	円	円	円	
手当（1か月	円	円	円	円	円	＝ 22,726 円
現物給与	円	円	円	円	円	
計	260,000 円	32,726 円	0 円	0 円	0 円	

日給月給の場合で、欠勤控除をする場合は、算式を記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 24年 7月 10日　　担当者氏名　安藤　浩司

事業所所在地　名古屋市中区丸の内一丁目１番１号

事業所名称　名古株式会社　名護株式会社

事業主氏名　代表取締役　名護　太郎　代表取締役印 ㊞　　電話　052（ 250 ） 1122

法人の場合は、代表社印を忘れずに押印してください。

「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	加藤　明子		
出産予定年月日	[✓ 平成] 令和 24 年 5 月 7 日	出産年月日	[✓ 平成] 令和 24 年 5 月 3 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。

平成 24 年 7 月 5 日

医療機関の所在地

名古屋市中区新栄三丁目８番２号

医療機関の名称

新栄産婦人科医院

医師の氏名　　㊞　電話 052（ 357 ） 3738

田中　一郎　田中 ㊞

医療機関の印でなく、医師の印を押印してもらってください。