

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

事務作業簡略化の為、両面印刷にご協力お願いいたします。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	1 0 0 1	3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和	0 2 0 4 1 5	<input checked="" type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ) ケンポ ヤスコ	健保 康子			
	住所	(〒 355 - 0028)	埼玉 都道府県	東松山市箭弓町2-5-5		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0493 (22) 0890					
<input checked="" 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"/>)						

振込先指定口座	金融機関 名称	埼玉りそな	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	東松山	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			口座名義 の区分	1 1.申請者 2.代理人
		ケンポ° ヤスコ				

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
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	住所	(フリガナ)		
	氏名			

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報の取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。

※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

ポッシュ健康保険組合

〒355-0028 埼玉県東松山市箭弓町2-5-5 社内便: Hig RBHI

1/3

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	2	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請															
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和	X	年	4	月	21	日										
		出産日	令和	X	年	4	月	22	日										
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	X	年	3	月	11	日	から	令和	X	年	6	月	17	日	まで	99	日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	2	1. はい	2. いいえ															
5 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	()	児															

医師・助産師記入欄	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	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	()	児	生産または死産の別	<input checked="" 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																	
医療施設の名称																		
医師・助産師の氏名	TEL ()																	

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。(にチェックをお願いいたします)

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

出産手当金は、産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。ただし、事業主の証明欄については、毎回証明が必要です。

医師または助産師の証明欄は1回目の申請が出産後であり、証明によって出産日等が確認できたときは、2回目以降の申請書への証明は省略可能になります。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さ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ご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 康子																																
	勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。										出勤	有給																					
	令和 X 年 3 月	公	○	○	○	○	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	計	5 日	2 日										
	令和 X 年 4 月	イ	2	3	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	計	0 日	0 日									
	令和 X 年 5 月	公	公	公	公	公	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	計	0 日	0 日									
	令和 X 年 6 月	イ	2	3	4	5	公	公	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	計	5 日	4 日									
令和 年 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	日	日
上記の期間に対して、賃金が発生しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	末 日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input checked="" type="checkbox"/> 翌月	25 日																		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金発生状況をご記入ください。																																		
発生した(する)賃金内訳	期間	単価	3 月 1 日 ~ 3 月 31 日分	6 月 1 日 ~ 6 月 30 日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給欠勤控除あり $200,000円 \div 21日 \times 14日 = 133,333$ $200,000円 \div 22日 \times 9日 = 81,810$																												
	区分		2 月 25 日支給額	5 月 25 日支給額	月 日支給額																													
	基本給	200,000	66,667	81,819		3月6月通勤手当はガソリン代の為控除なし																												
	通勤手当	10,000	10,000	10,000		通勤手当が複数月支給され、欠勤控除されていない場合控除計算の為過去支給済でも今回該当月についてご記入ください。																												
	住宅手当	15,000	15,000	15,000		ヶ月分 円																												
	扶養手当					月 ~ 月分																												
	時間外手当					支給日																												
計	225,000	91,667	106,819		令和 X 年 1 月 31 日	担当者氏名 □□□□																												
上記のとおり相違ないことを証明する。																																		
事業所所在地	埼玉県東松山市〇〇1-2-3																																	
事業所名称	△△△△株式会社																																	
事業主氏名	□□□□																																	
電話	049 (XXX) XXXX																																	

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。