

健康保険出産手当金支給申請書（第 回目）

被保険者 記入

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)
	③ 被保険者 (申請者) の住所	〒		電話 ()
	④ 事業所の名称	⑤ 今回の申請		<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後
	⑥ 出産予定日	令和 年 月 日	⑦ 出産日	令和 年 月 日
	⑧ 出産のため仕事を 休んだ期間 又は申請期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで		
	⑨ 上記の出産のため仕事を休んだ期間 又は申請期間の報酬は	<input type="checkbox"/> 全額受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない		

※給付金の受領を委任される場合は【傷手2-2】の受取代理人欄の署名を忘れずにご記入ください。

※【出産 1-2】【出産 2-2】は必ずセットで事業所へご提出ください。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 記 入 欄	患者氏名				医師等 記入
	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 type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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 ()				

被保険者証	記号		被保険者 氏名	
	番号			

労務に服することができなかった期間を含む報酬計算期間（給料締日翌日～締日）の勤務状況および報酬支払状況等を記入してください。

事業主が証明する欄	就労状況	労務に服できなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																													
			出勤○、公休-公、欠勤-/、有給-△で該当日にそれぞれ表示してください。																													
			計 出勤 有給																													
	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																													
	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																													
	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																													
	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																													
	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																													
	給料の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 ()																										給料締日	日締	給料支払日	当月翌月
	1か月分の基本給・諸手当の額		実際に支給した報酬内訳（支給の有無に関係なく、給料の締切単位で記入）																													
		通常支給の額																														
基本給		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
住宅手当 (1か月)		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
通勤手当 (1か月)		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
家族手当 (1か月)		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
手当 (1か月)		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
残業手当 ()		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
その他 ()		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
総支給額		円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円	月 日 ~ 月 日 分	円																						
報酬を支払った場合は、その計算方法（欠勤控除計算方法等）について記入してください ※ 記入必須(別紙添付可)																																
例：基本給-《基本給÷20.5（所定労働日数）×欠勤日数》=控除額等（上記金額のわかる形式で記載）																																
										記入担当者氏名																						
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
令和 年 月 日																																
事業所所在地																																
事業所名称																																
事業主氏名																																
電話 ()																																

※出勤簿および給与明細等の添付は不要です。

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。

被保険者 受取代理人 記入

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
		氏名	令和 年 月 日
		【自署】	
	委任された受取代理人 (事業主等)	住所	被保険者(申請者)者と受取代理人との関係
		氏名	
	窓口受領者	上記金額正に受領いたしました。	
		住所	令和 年 月 日
		氏名	

受付日付印

名古屋木材健康保険組合

※退職後等の給付を被保険者(申請者)本人口座へ希望される場合は、別途「振込先銀行口座記入用紙」の提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。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

被保険者のマイナンバー記入欄	
----------------	--

※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。

※【出産 1-2】【出産 2-2】は、必ずセットで 事業所へご提出ください。