

# 健康保険 出産手当金支給申請書

(1/2)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得 年 月 日	平成 令和	年 月 日		
	被保険者 氏名	フリガナ								
	分娩 年月日	令和	年							月
	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から				日間				
		令和 年 月 日 まで								
	被保険者 振込先	銀行		支店		普通 当座		No.		
		口座名義 (カナ)								
	無職無収入の 証明	※資格喪失後の方、任意継続被保険者は、無職無収入証明を記入してください。								
		令和	年	月	日	から	日間 無職無収入でした。			
		令和	年	月	日	まで				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

住 所

被保険者 電 話 ( )

氏 名

アボット健康保険組合理事長 殿

受付日付印

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業所が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	日間	円	
			令和 年 月 日 まで			
	上記期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合または支給する場合	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		円
		②一部支給した場合または支給する場合	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで		円
	③現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在も将来も支給しません。		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電 話</p>						

医師又は助産師が証明するところ	分娩予定年月日	令和 年 月 日	出生時の数 (胎児数)	単胎 多胎 ( 児)
	分娩年月日	令和 年 月 日		
	分娩の状態	正常 ・ 異常	生死の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師 又は 助産師 氏名</p>			