

## 健康保険 出産手当金支給申請書

(1/2)

被保険者証 の記号番号	記号	1		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		
	番号	1234				4	8	0			3	2	0	2	2
被保険者 氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ													
	氏名	健保 花子													
分娩 年月日	令和	年	月	日	分娩予定 年月日	令和	年	月	日						
		0	1	1			2	1	3	0	1	1	2	1	3
分娩のため 休んだ期間	令和	1	年	11	月	2	日	から	98	日間					
	令和	2	年	2	月	7	日	まで							
被保険者 振込先	けんぽ	銀行	港	支店	普通 当座	No.	1 2 3 4 5 6 7								
	口座名義 (カナ)	ケンポ タロウ													
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	1	年	11	月	2	日	から	98	日間	無職無収入でした。				
令和	2	年	2	月	7	日	まで								
上記のとおり申請します。															
令和 2年 2月 10日															
〒106-0000 東京都港区中央 1-2-3															
住所															
被保険者 電話 03 (1234) 5678															
氏名 健保 太郎															
アボット健康保険組合理事長 殿															

受付日付印

(2/2)

※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 令和 年 月 日 まで	日間
	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		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 まで	の分の報酬は、現在も将来も支給しません。
上記のとおりに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			

## 事業所の証明欄

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		
	分娩の月			産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおりに相違ないことを証明します。 医師又は助産師 氏名			

## 医師または助産師の証明欄