

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	健康保険の 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							
	分娩予定 年 月 日	令和	年 月 日	分娩 年 月 日	令和	年 月 日			
	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	<input type="checkbox"/> マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。								
	銀行		支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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									

【事業主記載欄】
 本人押印・署名省略にあたり、訂正箇所について被保険者に確認しました。

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			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	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			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	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			円		
		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 所在地 氏名</p>			