

健康保険 出産手当金支給申請書

(1/2)

健康保険の 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
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	0	1	1	2	1	3	分娩予定 年月日	令和	0	1	1	2	1	3		
	分	年	月	日	分	年	月	日	分	年	月	日	分	年	月	日	
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									
被保険者が記入するところ	<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。																
	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																	

【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。本人が記載した事項に誤りがあり事業所で
確認・訂正した場合、チェックを入れてください

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 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。
<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>			

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
	分娩年月日	令和 年 月 日		多胎 (児)
	分娩の月			ヶ月 (妊娠 ヶ月)
	<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>医師又は助産師 所在地</p> <p>氏名</p>			

医師または助産師の証明欄