

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|-----------|---------|---------------|-------|-------|
| 健 保 記 入 欄 | 受 付 日 | 年 月 日 | 支 給 額 | 円 | | |
| | 資 格 取 得 日 | 年 月 日 | 支 給 期 間 | 年 月 日 から | | |
| | 資 格 喪 失 日 | 年 月 日 | | 年 月 日 まで | 日間 | |
| | 標 準 報 酬 月 額 均 平 | 年 月 ~ 年 月 | 計 算 式 | /日×2/3× 日間= 円 | | |
| | | 課 長 | 担 当 | 処 理 | 支 給 日 | 年 月 日 |
| | | 備 考 欄 | | | | |

健保組合
受付印

出産手当金支給申請書（第 回）

島津製作所健康保険組合理事長殿

年 月 日

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|-------|------------------|-----------|---|----------|-----------------------------|
| 被 保 者 記 入 欄 | 下記のとおり出産手当金の支給を申請します。本申請に基づく給付金に関する受療を事業主に委任します。 | | | | | | |
| | 被保険者の記号・番号 | 記号 | | 番号 | | | 記号・番号または個人番号のいずれかを記載してください。 |
| | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 事業所名 | | | | 所属 | | |
| | 自宅の住所 | 〒 TEL | | | | | |
| | 分娩前 分娩後 | 前 | …出産日含む42日前迄の事 | | ※実際の出産日が予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日(多胎妊娠は98日)から、出産後56日までの期間について支給されます。 | | |
| | | 後 | …出産日の翌日から56日後迄の事 | | | | |
| | 予定日 | 年 | 月 | 日 | 出生児の数 | 単胎 | 多胎(児) |
| | 分娩日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 生産 死産 | の 別 | 生産 | 死産(妊娠第 週) | 分娩のため 休んだ期間 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで 日間 |
| | 休んだ期間中に給料の全部 又は一部を受けましたか。 | はい | いいえ | | 「はい」 の 場 合 | ~ 円 | |
| ※任意継続被保険者又は 資格喪失者のみ記入 | 銀行名 | 支店名 | 支店コード | 普通 貯蓄 | | | |
| 備考欄 | | | | | | | |

*在職者の給付金は、事業主経由で支給します。

| | | | | |
|---|---------------------|-------|--------|-----------|
| 医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄 | 予定日 | 年 月 日 | 分娩日 | 年 月 日 |
| | 出生児の数 | 単胎 | 多胎(児) | 生産 死産 |
| | | の 別 | 生産 | 死産(妊娠第 週) |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | |
| | 住所 | 年 月 日 | | |
| | 名称 | | | |
| | 医師・助産師 氏名 | | | |

*同一の分娩について第2回目の支給請求をする場合は、医師又は助産師の意見欄の記載を省略することができます。

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------|-----|---------------------|---------|--------|----|
| 事 業 主 記 入 欄 | 労務に服さなかった期間 | 年 月 日 から | 日間 | 給与の種類 | 月給 | 日給 | 月給 |
| | | 年 月 日 まで | | | 日給 | その他() | |
| | 上記の期間中に報酬の全部、 又は一部を支給しましたか。 | はい | いいえ | | 「はい」の場合 | ~ 円 | |
| | 賃金計算 (欠勤控除)方法 (記入例) 基本給:欠勤控除有り 300,000÷20日×11日= 165,000円 通勤手当:欠勤控除無し 6ヶ月定期待(4~9月分)として3 月25日に支給済 住宅手当:欠勤控除無し | 注意…通勤費(定期代)等も報酬とみなします | | 上記のとおり相違ないことを証明します。 | | | |
| | | | | | 住所 | | |
| | | | | | 名称 | | |
| | | | | | 代表者名 | | |

*報酬支給有の場合は、出勤簿と賃金台帳の写しを添付してください。

*記入漏れがある場合は一旦返却します。