

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

届出日 令和 年 月 日

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	申請者の 氏名	（フリガナ）		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	申請者が 被保険者 以外の時			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
申請者の 住所	（〒 — 都道 府県）					
電話番号 （日中の連絡先）	勤務先	（ ）				
	その他	（ ）				
私は本申請書の提出を事業主へ委任します。 （委任する場合は署名） 氏名 _____						
私は本申請の支給決定にあたり、中国電力健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業主および負傷に関わった団体等に対して中国電力健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受け、情報提供をすることについて同意致します。 また、上記照会を行うにあたり、中国電力健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承致します。 なお、本書の写しも有効と致します。 ※同意いただけない場合、支給の可否が判断できない場合があります。						
令和 年 月 日 （同意する場合は署名） 氏名 _____						

- ※ 被保険者の死亡後に遺族が申請する場合であって、申請者が被扶養者でなかったときは、申請者が相続人であることが確認できる書類の写しが必要です。
- ※ 申請期間の初日の属する月を含む12か月の間に、勤務先に変更があった場合（保険者も変わった場合は除く）または加入していた健康保険組合に合併、分割等が生じた場合は、「傷病手当金・出産手当金に係わる勤務先等変更届出書」を添付してください。

申請内容	1 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 令和 年 月 日
		出 産 日 令和 年 月 日
	2 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	3 上記の出産のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	4 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで
	5 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎（ 児）
	6 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
7 この届出については、①または②の要件を満たしたものですか。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである ② 記載内容は誤りがないか申請者本人が確認している。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	

支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
支給日数	日 支給額 円

詳細は、別添「支給決議書」のとおり

健 保 組 合	伺			決定年月日			入力
	常務理事	事務長	担当	年	月	日	

受付日付印

**【被保険者の方へ】**  
 医師または助産師に証明を受けてください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日	
	出生児の数	単胎	多胎	(	児)	生産または死産の別	生産	死産	(妊娠	週)	
	令和 年 月 日										
上記のとおり相違ないことを証明する。  医療施設の所在地  医療施設の名称  医師・助産師の氏名   TEL ( )											

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

## 【被保険者の方へ】

事業主に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																	
	勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給			
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	<input type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日
	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日	<input type="checkbox"/> 当月
			<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	期間	単価	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~
			月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分
			支給額	支給額	支給額	支給額	支給額
基本給							
通勤手当							
住居手当							
扶養手当							
	手当						
	手当						
現物給与							
計							

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について、詳しくご記入ください。

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 電話 ( )

※ 事業主が証明する勤務状況および賃金内訳について、出勤簿・賃金台帳等で代用できる場合はその写しを添付することにより代用可能です。  
 ※ 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。