健康保険　出産手当金　支給申請書

1 2

被保険者・医療施設 記入用

※被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です

個人番号記載欄

【被保険者 記入欄】

提出年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	被保険者等	記号		番号		
	氏　名 （生年月日）	（昭和・平成　　年　　月　　日　　才）		事業所名		
	住　所	〒　　－			（TEL　　－　　－　　）	
申請内容	出産予定日	令和　　年　　月　　日　出産 予定		出生児数	□ 単胎　□ 多胎（　　児）	
	出 産 日	令和　　年　　月　　日　出産		生産・死産の別	□ 生産　□ 死産（　　週）	
	出産のため 休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで	日間	申請期間区分	□ 産前産後	□ 産前 □ 産後
提出の委任		□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（※委任する場合は☑）				

振込指定口座	□ マイナポータル等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☑　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。また、受取代理人を指定する場合、代理人の公金受取口座は利用できません。				
	金融機関	銀行 ・ 信組 信金 ・ 農協		本店 支店 ・ 出張所	
	口座番号	□ 普通 □ 当座		口座名義（カタカナ）	

【医師・助産師 証明欄】

出産者 氏名			
出産予定日	令和　　年　　月　　日　出産 予定	出生児数	□ 単胎　□ 多胎（　　児）
出 産 日	令和　　年　　月　　日　出産	生産・死産の別	□ 生産　□ 死産（　　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。　　令和　　年　　月　　日

医療施設 所在地

医療施設 名称

医師・助産師 氏名　　印　　（TEL　　—　　—　　）

健康保険組合 記入欄

資格取得日	年　月　日	支給期間	自　年　月　日	合計	× ＝									
出産予定日	R　年　月　日		至　年　月　日	日	× ＝									
出 産 日	R　年　月　日	不支給差額期間	自　年　月　日	合計										
報酬月額	年　月　千円		至　年　月　日	日	支給額	百	十	万	千	百	十	円		
手当金日額	円													

千葉県建設業健康保険組合

健康保険　出産手当金　支給申請書

1　2

事業主 証明書

※申請期間にかかる「賃金台帳」「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名	

産前産後休暇により休んだ日に〇をしてください。(期間中に有給がある場合は△をしてください。)																	内訳	
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
年　月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
年　月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
年　月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		出勤　日	有休　日
年　月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤　日	公休　日

上記期間に給与を支給しましたか？	□ はい □ いいえ	給与形態	□ 月給　□ 時間給 □ 日給　□ 歩合制 □ 日給月給　□ その他	給与締日	日
				給与支払日	□ 当月 □ 翌月　日

上記期間に給与を支給した場合は、内訳をご記入ください。

支給した給与	期間 / 内訳	年　月分 /　～　/ 日分	年　月分 /　～　/ 日分	年　月分 /　～　/ 日分	年　月分 /　～　/ 日分	日額	給与計算方法 (欠勤控除計算式等)
	基本給						
	資格手当						
	家族手当						
	通勤手当						
	手当						
	手当						
	現物給与 (　　)						
	総支給額						担当者

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　(TEL　—　—　)

社会保険労務士提出代行者氏名 (連絡先)	(TEL　—　—　)

千葉県建設業健康保険組合