

健
保
処
理
欄

※健保記入欄

記入例

出産手当金 支給申請書 (第 回目)

※色づきの部分をご記入ください

※ 和暦でご記入ください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	②事業所名	大阪				
	③ 今回の出産手当金の申請は出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請							
	④ 上記で『出産前の申請』の場合は出産予定日をご記入ください。 『出産後の申請』の場合は出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	〇	年	〇	月	〇	日	
		出 産 日	〇	年	〇	月	〇	日	
	⑤ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	〇	年	〇	月	〇	日から	〇	日
		〇	年	〇	月	〇	日まで	〇	日間
	⑥ 上記の期間内で報酬を受けた期間	〇	年	〇	月	〇	日から	〇	日
		〇	年	〇	月	〇	日まで	〇	日分
	⑦ 出生時の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)							
	⑧ 振込希望の銀行	<p style="text-align: center;">※通常は経費精算口座(CD口座)へのお振込みとなります</p>							
⑨ 上記の通り申請します。	〇	年	〇	月	〇	日	被保険者 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 宝塚市中山台 1 - 1 - 1	
							氏名	健保 太郎	
	クラレ健康保険組合理事長 殿						電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
⑩ 確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この申請については、申請者本人 (被保険者) が作成したものです。								

(裏面に続く)

出産手当金 支給申請書

※ 和暦でご記入ください

事業主が証明するところ	※事業主記入欄
-------------	----------------

※ 和暦でご記入ください

医師・助産師が記入するところ	※医師・助産師 記入欄
----------------	------------------------