

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

出産手当金支給申請書〔第 回〕

健康保険被保険者									
記 号				番 号 (右づめで記入)					
1	2	3	4		5	6	7	8	
被 保 険 者 の 氏 名									
(氏)		ケンボ		(名)		ハナコ			
		健保				花子			

申請日	令和	○	年	△	月	◇	日
事業所名	○×△(株)						
所 属 (または出向先)	○×部		部		△ □		室・グループ 課・工場
被保険者住所	〒123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×						
連絡先	自 宅		×××-×××××-×××××				
	職場(外線)		×××-×××××-××××		内線		×××-××××

被 保 険 者 記 入 欄	仕事を休んだ 期 間	平・令 ○ 年 × 月 日から	分娩予定日	平・令 ○ 年 × 月 日	
		平・令 ○ 年 △ 月 日まで	分娩年月日	平・令 ○ 年 ○ 月 日	
	資格喪失後の出産予定又は 出産のときのみ記入してください	退 職 日	平・令 年 月 日		
	委任状 (退職者・ 任継者は 記載不要)	日本製鉄健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。			
	令和 ○ 年 △ 月 日	被保険者氏名 健保 花子			

被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。  
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

健 保 記 入 欄	受 付 No.										
	月額(月額)	千円( 円)									
	支 給 期 間	/ ~ /									
	支給決定日数・額	産前			日						
		産後			日						
合計				日	円						

受付日付印

健康保険被保険者				被保険者の氏名			
記号		番号		(氏)		(名)	
1	2	3	4	5	6	7	8
				ケンポ 健保		ハナコ 花子	

事業主証明欄	出勤状況		出勤→出、有給→△、欠勤→×、公休日→○ ※分娩(出産)が予定日より早まった場合は、分娩日(出産日)の42日前からの証明をお願いします。 ※公休日が有給(減額なし)の場合は、有給△を記入してください。																																
	勤務に服さなかった期間		日	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	
	○年 ×月																									○	○	△	×						
	平・令 ○年 ×月 △日																									○	○	△	×						
	から																									○	○	△	×						
	平・令 ○年 ×月 △日																									○	○	△	×						
	まで																									○	○	△	×						
	○年 □月																									○	○	△	×						
	○年 △月																									○	○	△	×						
	報酬の有無		有・無																																
報酬の種類		住居手当										報酬のある場合 (月額もしくは日額に○)										月額 日額													
報酬を支給した期間		平・令 ○年 ×月 △日										△ 日から × 月										1,000 円													
以上のとおり証明いたします。		令和 ○年 ×月 △日										事業主または代理人 所在地 氏名										○×△(株) ◇◇県○△市◇町* ◇◇ ○○													
連絡者氏名		○○ △△										連絡者電話番号										×××-××××-													
医師助産師証明欄	分娩予定年月日		平・令 ○年 ×月 △日										生産・死産の別										生産 死産(妊娠 週・ヵ月)												
	分娩年月日		平・令 ○年 ×月 △日										出生児の数										単胎 多胎(児)												
	上記のとおり相違ありません。 ※改ざん防止の観点から、記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上でサインをご記入下さい。																																		
	令和 ○年 ×月 △日										医療機関所在地 名称										◇◇県○△市◇町×-× ○○病院 医師・助産師氏名 ○○病院														

【注意】上記の医師助産師証明欄の記載内容を、被保険者等が修正・加筆した場合は、書類の改ざん(不正行為)とみなし、給付金の支給を停止します。