

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]

健康保険被保険者証	
記号	番号(右づめで記入)
被保険者の氏名	
(氏)	(名)
	⑩

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

申請日	平成 年 月 日
事業所名	
所属(または出向先)	部 室・グループ 課・工場
被保険者住所	〒
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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	分娩予定日	平成 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	平成 年 月 日	分娩年月日	平成 年 月 日
	委任状 (退職者・ 任継者は 記載不要)	新日鐵住金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。 平成 年 月 日 被保険者氏名			※自ら署名した場合も必ず押印ください ⑩

被保険者証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	⑩

健保記入欄	受付No.									
	月額(日額)	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

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	
記号	番号	(氏)	(名)

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。																																	
	労務に服さなかった期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	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																																	
		年 月																																	
		年 月																																	
		年 月																																	
	報酬の有無	有 ・ 無																																	
	報酬の種類											報酬のある場合 (月額もしくは日額に○)										月額 日額										円			
	報酬を支給した期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日																												日間		
	以上のとおり証明いたします。 平成 年 月 日 事業主または代理人 所在地 氏 名 ㊞																																		
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	平成	年	月	日	生産・死産の別										生産・死産(妊娠 週・ ヲ月)																			
	分娩年月日	平成	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。 平成 年 月 日 医療機関所在地 名称 医師・助産師氏名 ㊞																																		