

健 保 組 合			事業所担当者の確認印 日付印
常務理事	グループ長	担当者	

出産手当金支給申請書 [第 回]

健康保険被保険者証										申請日		平成 年 月 日					
記 号				番 号 (右づめで記入)						事業所名		○×△(株)					
1	2	3	4					5	6	7	8	所 属 (または出向先)		○×部 部 △ □ 室・グループ 課・工場			
被 保 険 者 の 氏 名										被保険者住所		〒123-4567		◇◇県○△市◇町×-×-×			
(氏) ケンボ 健保				(名) ハナコ 花子						連 絡 先		自 宅		×××-×××××-×××××			
										職 場 (外線)		×××-×××××-××××		内 線		×××-××××	

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

被 保 険 者 記 入 欄	仕事を休んだ 期 間		平成 年 × 月 △ 日から				分娩予定日		平成 年 × 月 △ 日			
			平成 年 △ 月 △ 日まで				分娩年月日		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					
	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 健保 花子									

※自ら署名した場合も必ず押印ください

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	

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

