

出産手当金申請書(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店		
	③被保険者の氏名	健保 花子	④発病または生年月日	昭和 平成 58 年 1 月 9 日		
	⑤労務に服さなかった期間	平成・令和 元 年 6 月 26 日から 平成・令和 元 年 10 月 1 日まで 98 日間				
	⑥上記期間中に報酬をうけたときはその期間及び額	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 円				
	⑦産院、病院または診療所に入院された場合はその名称および所在地	病院等の名称		実玲産婦人科		
		所在地		横浜市中区高島2-19-12		
	⑧振込先銀行・口座(被保険者名義の口座)	横浜 銀行 高島 支店	口座番号(普通・当座) 554421	口座名義人(カナ) ケンポ ハナコ		
上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日 〒220 - 8510 TEL 045 - 222 - 3333 被保険者の 横浜市中区横浜町1-2-3 住所氏名 健保 花子 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿						
医師または助産師の証明	⑨出産証明	令和 元 年 8 月 6 日に 1 人を出産または死産(妊娠 週)				
	⑩出産予定年月日	令和 元 年 8 月 7 日に出産予定				
	☆ この欄は医師または助産師に証明をもらってください 上記のとおり証明いたします。 中区高島2-19-12 令和 元 年 8 月 8 日 実玲産婦人科					
委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任してください。 令和 年 月 日 被保険者の氏名 健保 花子					
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入		代理人の住所・氏名 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。			
領収書	金 円を領収いたしました。 令和 年 月 日領収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏名 健保 花子					
支給(支出)決定伺	標準報酬月額(平均)	円	標準報酬日額	円	標準報酬日額の2/3	円
	区分	支払期間	支給日数	支給日額	支給額	法第108条および法第102条該当期間
	法定	・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第108条
		・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第102条
	合計		日間	円	円	
支給決定のうえ支払いしてよろしいか 令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)		
・一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
・"	資格喪失年月日	令和 年 月 日				
・任継被保険者	資格取得年月日	令和 年 月 日				
・"	資格喪失年月日	令和 年 月 日				

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

出産手当金申請書(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③被保険者の氏名	健保 花子	④発病または生年月日	昭和 平成 58 年 1 月 9 日
	⑤労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間		
	⑥上記期間中に報酬をうけたときはその期間及び額	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 円		
	⑦産院、病院または診療所に入院された場合はその名称および所在地	病院等の名称	実玲産婦人科	
		所在地	横浜市中区高島2-19-12	
	⑩振込先銀行・口座(被保険者名義の口座)	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 554421	口座名義人(カナ)	ケンポ ハナコ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日			
	〒220 - 8510 TEL 045 - 222 - 3333 被保険者の 横浜市中区横浜町1-2-3 住所氏名 健保 花子			
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			

医師または助産師の証明	⑨出産証明	令和 元 年 8 月 6 日に 1 人を出産または死産(妊娠 週)
	⑩出産予定年月日	令和 元 年 8 月 7 日に出産予定
	☆ この欄は医師または助産師に証明をもらってください	
上記のとおり証明いたします		証明者の 中区高島2-19-12 氏名 実玲産婦人科

申請者は(1)に○をつけてください。
また、事業主もしくは事業主代理人の
記名・押印は不要です。
(2)選択の場合は事前に健保組合へ
ご相談ください

委任状	保険給付金の受領を下記の者()に委任してください。	令和 年 月 日	被保険者の氏名	健保 花子
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	代理人の住所・氏名	(2) 選択の場合のみ記入が必要となります。	
	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入			

領収書	金 円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 健保 花子

支給(支出)決定同	標準報酬月額(平均)	円	標準報酬日額	円	標準報酬日額の2/3	円	
	区分	支払期間	支給日数	支給日額	支給額	法第108条および法第102条該当期間	
	法定	・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第108条	
		・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第102条	
		合計	日間	円	円		
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか				令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)	
	・ 一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	・ " "	資格喪失年月日	令和 年 月 日				
	・ 任継被保険者	資格取得年月日	令和 年 月 日				
	・ " "	資格喪失年月日	令和 年 月 日				

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

記入例 ※任意継続被保険者が出産したとき

支払印

受付印

出産手当金申請書(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記入事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 20 (番号) 954322	②所属事業所の名称	任意継続	
	③被保険者の氏名	健保 花子	④発病または生年月日	昭和()平成 58 年 1 月 9 日	
	⑤労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間			
	⑥上記期間中に報酬をうけたときはその期間及び額	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 円			
	⑦産院、病院または診療所に入院された場合はその名称および所在地	病院等の名称	実玲産婦人科		
		所在地	横浜市中区高島2-19-12		
	⑧振込先銀行・口座(被保険者名義の口座)	銀行口座番号(普通・当座) 受取人氏名(フリガナ) 郵便局の口座にお振込みいたします。			

上記のとおり申請いたします。
令和 **元**年 **10**月 **10**日

〒**651-8000** TEL **078-222-3333**
被保険者の **神戸市神戸町1-2-3**
住所氏名 **健保 花子**

そごう・西武健康保険組合 理事長 殿

医師または助産師の証明	⑨出産証明	令和 元 年 8 月 6 日に 1 人を出産または死産(妊娠 週)
	⑩出産予定年月日	令和 元 年 8 月 7 日に出産予定
	★この欄は医師または助産師に証明をもらってください	

上記のとおり証明いたします。 証明者の **中区高島2-19-12**
住所氏名 **実玲産婦人科**

令和 **元**年 **8**月

申請者は(1)に○をつけてください。
また、事業主もしくは事業主代理人の
記名・押印は不要です。
(2)選択の場合は事前に健保組合へ
ご相談ください

委任状	保険給付金の受領を下記のとおりおこなってください。	受領者の氏名	健保 花子
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	(2)選択の場合のみ記入が必要となります。

領収書	金 円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏名 健保 花子

支給(支出)決定同	標準報酬月額(平均)		標準報酬日額		標準報酬日額の2/3	
	区分	支払期間	支給日数	支給日額	支給額	法第108条および法第102条該当期間
	法定	・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第108条
	合計	・ ・ ~ ・ ・	日間	円	円	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで法第102条

支給決定のうえ支払いしてよろしいか 令和 年 月 日 直接払 間接払(給与振込)

・ 一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
・ "	資格喪失年月日	令和 年 月 日			
・ 任継被保険者	資格取得年月日	令和 年 月 日			
・ "	資格喪失年月日	令和 年 月 日			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)