

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者氏名	フリガナ (自 署)									
	被保険者住所	〒									
	事業所名										
	部署名	電話 ()									
申請内容	出産予定日	平成 令和	年	月	日	出産年月日	平成 令和	年	月	日	
	出産のため休んだ期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか	現在まで				受けた ・ 受けない					
	または今後受けられますか	今後				受けられる ・ 受けられない					
	◎上記で報酬を受けたまたは受けられると回答され方は下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください										
報酬支払期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間	
受けた報酬額	円				受ける報酬額	円					

振込先情報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認
-------	---

令和 年 月 日提出
受付日付印

健保記入欄	被保険者加入期間	<input type="checkbox"/> 12ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 12ヶ月未満		健保組合平均標準報酬月額		千円					
	被保険者平均標準報酬月額	千円	報酬	有 無	支給日額	円					
	支給期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間
	支給金額						円				

シミックグループ健康保険組合

事業主の証明	被保険者氏名														
	労務に服さなかった期間	平成 令和	年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	日間				
	労務に服さなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か	はい いいえ	給与締日	日	給与支払日	日	当月 翌月	日							
	報酬の種類	月給	日給	日給	月給	時間給	歩合給	その他()							
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間					支給額		支払日						
平成 令和		年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月 日				
平成 令和		年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月 日				
平成 令和		年	月	日	～	平成 令和	年	月	日	円	月 日				
上記の通り相違ないことを証明する。											令和	年	月	日	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話															
医師もしくは助産師が証明	出産者氏名					出産予定日	令和	年	月	日	出産日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎(児)				生産または死産	生産・死産(妊娠第 月または満 週)								
	上記のとおり相違ないことを証明する。											令和	年	月	日
医療施設の所在地 医療施設の名称 医師もしくは助産師の氏名 電 話															

シミックグループ健康保険組合