

記入例

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	被保険者等 記号番号	記号 10	コーポレートID 11000001	生年月日 昭和 平成 令和	年	月	日	
		番号 1234			4	8	1	2
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ ヤスコ 健保 保子						
	被保険者 住所	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電話 03 (1234) 5678						
	事業所名	〇〇〇〇株式会社						
	部署名	△△△△部署 電話 03 (1111) 2222						
申 請 内 容	出産予定日	令和 1 年 12 月 1 日	出産年月日	令和 1 年 12 月 3 日				
	出産のため 休んだ期間	令和 1 年 10 月 21 日 ~	令和 2 年 1 月 26 日	100 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	令和 年 月 日 ~	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 2年 1月31日提出
受付日付印

健 保 記 入 欄	被保険者加入期間	□12ヶ月以上 □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	令和 年 月 日 ~	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		この欄に事業主の証明を貰ってください。					日間				
	労務に服さなかった期間 賃金を支給しました()							日				
	報酬の種類							)				
	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)							支払日				
	上記の通り相違ない		月	日								
	事業所所在地		月	日								
事業所名称		月	日									
事業主氏名		月	日									
電 話		月	日									
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	この欄に医師もしくは助産師の証明を貰ってください。								週)	
	上記のとおり相違ない										日	
	医療施設の所在											
医療施設の名称												
医師もしくは助産師												
電 話												