

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	事業所の名称		
	被保険者の 氏名と印	フリガナ	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	
	被保険者の 住所	電話 ()		
	資格取得 年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	資格喪失 年月日	平成 年 月 日
	出産年月日	平成 年 月 日		
	出産予定 年月日	平成 年 月 日		
	単胎又は 多胎の別	単胎・多胎 (児)		
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	ただし 日間 ()	日は出勤の ため除く
	上の期間に対して 給料を受けましたか 又は受けられますか	・受けた ・受けられる ・受けられない	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日分として 円

委 任 状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者 住所 氏名	代理人 住所 氏名

払 金 機 関 名	銀行 信用金庫		支店
口 座 番 号	1. 普通預金 No.	フリガナ	氏名
	2. 当座預金		

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。
(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	
-----	--

※ 受付日付印

尼崎機械金属健康保険組合理事長殿

平成 年 月 日

※被保険者の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印については省略できません。

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	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	日間		
	労務に服さなかった日(欠勤は○で、有給は△囲んでください。)			計	
	年 月	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		日	
	年 月	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		日	
	年 月	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		日	
	年 月	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		日	
	年 月	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		日	
	年 月	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		日	
	給料の 支払日	毎月 日締切 当月・翌月 日支払	上記の期間中の分として 支給する報酬の有・無	有・無	
	給与の種類	月給・日給月給・日給・時間給・歩合給・その他 ()			
報 酬 の 内 訳	種 類	金 額	期 間	全額支給・一部支給	備 考
	基本給	円	月 日～ 月 日		
	通勤手当	円	月 日～ 月 日		
	手当	円	月 日～ 月 日		
	計	円			
給料・手当等いっさい報酬を 支給しないときはその理由					
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()					

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日			
住所・所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話 ()				

◎貸金台帳(写)及び、出勤簿(写)又はタイムカード(写)を必ず添付してください。