

健康保険出産手当金支給申請書 (第 1 回)

◎裏面記入上の注意をお読みください。  
◎和暦をご記入ください。

被保険者(申請者)記入欄		本人提出日	令和2年6月20日
被保険者証の記号・番号		生年月日	昭和55年1月1日
記号	番号	身分(該当に○印)	正職員
1	12345	パート アルバイト他	
被保険者(申請者)の氏名と印	(フリガナ) セイレイ ハナコ <b>聖隷花子</b>	所属施設の名称	<b>けんぽ病院</b> (退職者は退職前の所属施設)
被保険者(申請者)の住所	(フリガナ) シズオカケン ハママツシ ナカク モトシロチョウ (〒123-4567) <b>静岡県浜松市中区元城町1234</b>	日中連絡のつく電話	090(1234)5678
※被保険者の資格を取得した日	平成28年4月1日	※被保険者の標準報酬月額	240 千円
分娩予定日	令和2年5月1日	実分娩日	令和2年4月20日
分娩のため休んだ期間(法定支給期間)	令和2年3月10日 ~ 令和2年6月15日 98日間		
その他(右記に該当する場合は○印)	<input type="checkbox"/> 聖隷健保の資格喪失者 <input checked="" type="checkbox"/> 多胎出産 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金申請予定又は受給中		
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 <被保険者・申請者> 令和2年6月20日 <受取代理人> 氏名 <b>聖隷花子</b> 氏名 <b>事業主記入</b> 住所 <b>静岡県浜松市中区元城町1234</b> 住所 <b>事業主記入</b>		
支払金融機関の欄	銀行 本店 種別 1:普通 口座番号 <b>事業主記入</b> 金庫 支店 別 2:当座 <b>事業主記入</b> <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 座番号 (フリガナ) <b>事業主記入</b>		

※資格喪失後の受給等で、被保険者本人の口座に支払う場合は、支払金融機関の欄を記入してください。

備考欄  
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。)

分娩予定日	令和2年5月1日	実分娩日	令和2年4月20日
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎・多胎(児)	出産又は死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 出産・死産(妊娠週)
上記のとおり相違ありません。 令和2年4月30日			
医療機関の所在地	<b>浜松市〇〇区〇〇〇123</b>		
医療機関の名称	<b>〇〇〇病院</b>	職種	<input checked="" type="checkbox"/> 医師・助産師
医療機関の電話	<b>053(△△△)△△△△</b> 氏名 <b>保険太郎</b>		

<勤務状況> 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、それぞれ月ごとに表示、日数計を記入してください。																	
2年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	出勤	有給	公休	欠勤
2年4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	出勤	有給	公休	欠勤
2年5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	出勤	有給	公休	欠勤
2年6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	出勤	有給	公休	欠勤
年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	出勤	有給	公休	欠勤
<賞金支給状況> 全額支給○、一部支給△、不支給×で記入してください。 遡及が発生した場合は支給した月でなく、支給対象の勤怠実績のあった月に記入してください。 ※実績に応じて支給する時給者・日給者等については記入不要です。																	
区分	基本給等区分とその単価	基本給	本給加算	本給調整	固定給			※固定給のみ記入してください。									
月分	賞金計算期間	228,330 円	円	円	扶養手当	住宅手当	通勤手当	手当	手当	手当	円	円	円				
2年3月分	3/1 ~ 3/31	△			○	○	△										
2年4月分	4/1 ~ 4/30	×			×	×	×						事業所記入例 (○=全支給 △=一部支給 ×=全額不支給)				
2年5月分	5/1 ~ 5/31	×			×	×	×										
2年6月分	6/1 ~ 6/30	×			×	×	×										
※遡及が発生した場合は、支給した月ではなく、支給対象の勤怠実績があった月に記入してください。																	
給与の種類	月給	日給	時間給	その他	(備考欄) ※特記事項がある場合は、この欄に記入してください。												
(○で囲んでください)																	
上記のとおり相違ないことを証明します。 〇〇年〇〇月〇〇日 住所 〒 <b>事業主記入</b> 事業主 氏名 <b>事業主記入</b> 電話 <b>△△△(△△△)△△△△</b> 番																	

職(申請者は記入しない)書  
(回答の内容および聴取者所見)

聴取者

受付日付印