

届出種別
給 8

健康保険 出産手当金支給申請書

この出産に対する申請回数→(回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等の記号・番号(資格確認書等又は保険証を参照)	②被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)ケンボウ ハナコ 健保 花子	③生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	1234	567890		
	④被保険者(申請者)の 現住所	〒 234 - 0000 TEL 03 - 0000 - 0000 東京都△△区△△3-0-0		
	⑤事業所名	△△株式会社		
	⑥資格を取得した年月 日	平成 29年 4月 1日	⑦標準報酬月額	300 千円
	⑧出産予定年月日	平成 31年 3月 10日	⑨出産年月日	平成 31年 3月 6日
	⑩出産児の数	単胎・多胎(児)		
	⑪出産のため休んだ期 間 (申請期間)	平成 31年 3月 6日から 令和 元年 5月 1日まで 98 日間		
	⑫入院出産または入院外出産の別	入院出産・入院出産外		
	⑬ だ場入 さ合院 いのを 。みし 記 て 入 出 し 産 て し く た	医療施設の名称	□□病院	
		医療施設の所在地	東京都XX区XX1-2-3	
		入院した期間	平成 31年 3月 6日から 平成 31年 3月 12日まで 7 日間	

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

委 任 状 の 欄	⑭	本申請に基づく保険給付金に関する受領を(事業所名) △△株式会社 に委任します。		
		安田日本興亜健康保険組合 御中 令和 元年 5月 1日		
		被保険者 住所 東京都△△区△△3-0-0		
		(申請者) 氏名 健保 花子		

※在籍者(お勤めの方)以外は、この欄へ記入してください。

振 込 金 融 機 関 の 欄	金融機関名称	⑮	銀行コード		
	支店名		支店コード		
	普 通 当 座	口座番号	(フリガナ)		
			口座名義		

受付日付印

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

事業主が証明するところ	(ア) 労務に服さなかった期間		平成令和 31年 1月 24日から 98日間		(イ) 給与体系		月給		日給 (時給含む)																										
	(ウ) 出勤日は○、有給休暇取得日は△、公休日は公、欠勤日は／、休職期間は休と記入してください。										有給日数	無給日数																							
	日付	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			
	31年1月																																	0日	11日
	31年2月	→																										0日	28日						
	31年3月	→																										0日	31日						
	31年4月	→																										0日	30日						
	31年5月	→																																	
	(エ) 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を記入してください。		(自)年月日	(至)年月日	日間	支払額	日額	支払月日																											
	※控除前の給与支払額を記入してください。					円	円	月 日																											
					円	円	月 日																												
					円	円	月 日																												
					円	円	月 日																												
(オ) 労務に服することができなかった期間に対して、賃金(交通費含む)を支払いました(ます)か?					はい							いいえ																							
●賃金計算方法(欠勤控除計算方法)等について記入してください。																																			
(カ) 交通費の支給状況について記入してください。		(自)年月日	(至)年月日	日間	支払額	支給状況																													
					円	支払済・回収済・支給なし																													
(カ) 上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 元年 5月 1日																														
事業所所在地		東京都XX区XX2-2-1																																	
事業主名称		△△株式会社				問合せ先TEL 00-0000-0000																													
事業主氏名		□□ 太郎				担当者氏名 ○○部 □□																													

医師または助産師が意見を記入するところ	(キ) 出産者氏名	健保 花子										
	(ク) 出産予定日	平成令和 元年 ○月 ○日	(ケ) 出産年月日	平成令和 元年 ○月 ○日								
	(コ) 出産児の数	単胎・多胎 (児)	(サ) 生産または死産	生産・死産 (妊娠 週)								
	(シ) 入院した期間	平成令和 31年 3月 6日 から	平成令和 31年 3月 12日 まで	6日間								
	(ス) 入院費用の別	健保 ・ 自費 ・ 公費 ・ その他 ()										
	(セ) 上記のとおり相違ありません。					令和 元年 ○月 ○日						
	医療施設所在地		東京都XX区XX2-2-1									
医療施設名称		△△株式会社										
医師または助産師の氏名		□□				TEL 03-0000-0000						

(注意事項)

●各記入欄について下記を参照し、記入してください。

①の欄：被保険者等の「記号」、「番号」を記入してください。

(資格確認書等又は保険証に記載があります。)

②の欄：申請される方の氏名を記入してください。

④の欄：当組合より郵送物の送付や連絡をさせていただく場合がありますので、必ず連絡が可能な住所および電話番号を記入してください。

⑤の欄：勤務しているまたは勤務していた事業所の名称を記入してください。

⑥の欄：安田日本興亜健康保険組合（旧安田または旧日本興亜健康保険組合を含む。以下「当組合という。」）の資格取得日を記入してください。

⑦の欄：標準報酬月額を記入してください。なお、分からない場合は記入不要です。

⑧の欄：出産予定日は必ず記入してください。

⑪の欄：出産日より42日前（出産日含む）から、出産後56日までの期間を限度としてご記入ください。

出産予定日より遅れて出産した場合、遅れた日数分も支給対象となりますので、出産予定日より42日前から出産後56日を記入してください。

多胎出産の場合、出産日より98日前（出産日含む）の日から出産後56日の日を記入してください。

⑭の欄：当組合の規定に則り、給付金は事業主を通じて支給いたしますので、在籍者の方は必ずご記入ください。その際⑮への記入は不要です。

⑮の欄：資格喪失後の申請の場合ご記入ください。任意継続被保険者の方は、「任意継続被保険者資格取得確認通知書」の給付金振込先へ支給しますので記入は不要です。

◎訂正したところは、二重線を引き、訂正印を押してください。

◎医師の証明書等が外国語で記入されている場合、翻訳者の住所・氏名が明記された翻訳文の添付が必要となります。

◎事業主は、出産後56日が過ぎてから証明をしてください。