

健康保険出産手当金申請書(回目)

※ 出勤簿 賃金台帳 照合者印

年 月 日提出

◆記入の方法は裏面を参照してください。
◆記入内容等を訂正する場合は、二重線で抹消し、各欄の記入者が訂正してください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者(申請者)氏名	
	③ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	④ 事業所名	(既に退職している場合は退職前の事業所名)
	⑤ 被保険者(申請者)の現住所	〒 電話(日中の連絡先) ()		
	⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 年 月 日 令和	⑦ 既に喪失している場合は喪失年月日	令和 年 月 日
	⑧ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後ですか		ア. 出産前の申請 イ. 出産後の申請	
	⑨ 出産日	令和 年 月 日	出産	
	⑨ 出産予定日	令和 年 月 日	出産予定	
	⑩ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
(1) うえの⑩の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか		ア. 受けた イ. 受けない ウ. 受けられる エ. 受けられない		
⑪ 報酬を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として 円		

⑫ 振込口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)	預金種別 普通 当座	支店番号 口座番号

* 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑬ 委任状	被保険者(申請者)	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。 令和 年 月 日			東京金属事業健康保険組合 受付日付印
		住所			
		氏名	印		
	受領代理人	住所			
		氏名	印 (被保険者の印と別の印を押してください)		
	委任者と代理人との関係	電話(日中の連絡先)	()		

※

※申請時には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。
なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳(写し)の余白にその計算式を記入してください。

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	⑮ 報酬の締切日 報酬の支払日	日締め	(当月・翌月) 日払い ⑯ 報酬の支払い形態 ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ()
	⑰ ⑭の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合、またはする場合	年 月 日から 年 月 日までの分として	円 (月 日支払)
		年 月 日から 年 月 日までの分として	円 (月 日支払)
		年 月 日から 年 月 日までの分として	円 (月 日支払)
	⑱ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名 事業主氏名 電話番号	

医師または助産師が記入するところ	⑲ 出産日	令和 年 月 日	出産	
	⑲ 出産予定日	令和 年 月 日	出産予定	
	⑳ 出産後のときは正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	㉑ 出産後のときは、生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週の死産)
			㉒ 単胎または多胎の別	単胎・多胎
	㉓ 入院して出産したときはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㉔ 入院費用の別 健保・自費・その他
	㉕ うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名 電話番号		