

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

|                                                                      |                                                                                              |       |      |   |    |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|---|----|------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>(本人)<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者記号・番号                                                                                    | 記号    | 番号   |   |    |                  | 事業所名称                             |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 被保険者氏名                                                                                       |       |      |   |    |                  | 生年月日                              | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月  | 日  |
|                                                                      | 住 所                                                                                          | 〒 -   |      |   |    |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | TEL(日中の連絡先)                                                                                  | ( )   |      |   |    |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。<br>マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要となります。 |       |      |   |    |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 当健康保健の資格を喪失した方は資格喪失日                                                                         | 令和    | 年    | 月 | 日  |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 出 産 予 定 日                                                                                    | 令和    | 年    | 月 | 日  |                  |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 出 産 日                                                                                        | 令和    | 年    | 月 | 日  | 出生児の数            | <input type="checkbox"/> 単胎       |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      |                                                                                              |       |      |   |    |                  | <input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 児 |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 出産のため休んだ期間(請求期間)                                                                             | 令和    | 年    | 月 | 日  | から               | 令和                                | 年                                                                                         | 月 | 日  | 日間 |
| 上記期間において報酬の全部または一部を受けた、または受けることができるとき、その期間及び報酬額                      | 令和                                                                                           | 年     | 月    | 日 | から | 令和               | 年                                 | 月                                                                                         | 日 | 日間 |    |
|                                                                      | 報酬額                                                                                          |       |      |   |    | 円                |                                   |                                                                                           |   |    |    |
| 当健康保険の資格を喪失した方は、振込先口座ご記入ください。                                        | 銀行<br>金庫<br>農協                                                                               |       |      |   |    | 支店・出張所<br>支店・営業部 |                                   |                                                                                           |   |    |    |
|                                                                      | 預金種別                                                                                         | 普通・当座 | 口座番号 |   |    |                  |                                   | 口座名義(カギで記入)                                                                               |   |    |    |

1/2

|                                     |                                                          |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 確認欄 (印をつけてください)                     | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 委<br>任<br>状 | 本申請書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                     |
|             | 被保険者氏名 _____                 |
|             | 代理人事業所名 _____<br>" 氏名 _____  |

受付日付印

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|

静岡鉄道健康保険組合

2021.04

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況をご記入ください。  
 出勤簿及び給与明細書（賃金台帳）写しを添付してください。

|                                                                                           |                                                  |        |                                                                                     |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----|
| 事業主が証明するところ                                                                               | 被 保 険 者 氏 名                                      |        |                                                                                     |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  | 担当者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           | 勤務状況【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。 |        |                                                                                     |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出勤 | 有給 |
|                                                                                           | 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  | 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  | 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  | 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  | 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  | 日  |
|                                                                                           | 上記の期間を含む賃金<br>計算期間の賃金支払状況                        |        | 年                                                                                   | 月 | 日 | ～                     | 年 | 月 | 日 | 分 | 円 |  | 月 | 日 | 払 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           |                                                  |        | 年                                                                                   | 月 | 日 | ～                     | 年 | 月 | 日 | 分 | 円 |  | 月 | 日 | 払 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           |                                                  |        | 年                                                                                   | 月 | 日 | ～                     | 年 | 月 | 日 | 分 | 円 |  | 月 | 日 | 払 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           |                                                  |        | 年                                                                                   | 月 | 日 | ～                     | 年 | 月 | 日 | 分 | 円 |  | 月 | 日 | 払 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           |                                                  |        | 年                                                                                   | 月 | 日 | ～                     | 年 | 月 | 日 | 分 | 円 |  | 月 | 日 | 払 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           | 給与の種類                                            |        | 月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他( )                                                           |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           | 賃金<br>内訳                                         | 基本給月額  |                                                                                     | 円 |   | (欠勤控除の計算方法を記入してください。) |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
|                                                                                           |                                                  | 通勤手当月額 |                                                                                     | 円 |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| その他手当                                                                                     |                                                  | 円      |                                                                                     |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。      令和      年      月      日<br><br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>T E L |                                                  |        |                                                                                     |   |   |                       |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |    |

|           |                                                                                                  |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医師・助産師記入欄 | 出 産 者 氏 名                                                                                        |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 出産予定年月日                                                                                          |  | 令和      年      月      日                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出産年月日     |  | 令和      年      月      日                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 出 生 児 の 数                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> 単胎<br><input type="checkbox"/> 多胎      (      児 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生産または死産の別 |  | <input type="checkbox"/> 生産<br><input type="checkbox"/> 死産      ( 妊娠      週 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 上記のとおり相違ないことを証明します。      令和      年      月      日<br><br>医療施設所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名<br>T E L |  |                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |