

記入例

出産手当金支給申請書

お手持ちの保健証の上側に記載されていますので、確認してご記入ください

退職者(予定)・任意継続の方のみご記入ください
在職者の方は記入しないでください

実際に産前産後を取得した日にちをご記入ください

同意いただけない場合は、申請書に該当月の勤怠表と給与明細書を添付してください

被保険者(請求者)	記号番号	ケンボ ヤスコ	生年月日	昭和 58 年 7 月 6 日
	社員No	氏名	健保 保子	平成
	住所	〒 503 - 0916	TEL	0584 - 81 - 3124
	住所	岐阜県大垣市日の出町1-1		
記入欄	出産予定日	令和 30 年 12 月 24 日	出産日	令和 30 年 12 月 26 日
	出産のため休んだ期間	令和 30 年 11 月 15 日 ~	令和 31 年 2 月 20 日	98 日間
	勤務状況及び賃金支給状況については、これを証明するため、事業主が被保険者に代わって勤怠表及び給与明細書の写しをイビデン健康保険組合に提出することを同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の口にチェックをしてください。			
◎在職者のみ記入してください				
出産手当金の受給については、事業主に委任し、給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の口にチェックをしてください。				
◎退職者の方・任意継続者の方のみ記入してください				
振込先	銀行	本店	預金種別	普通・当座
	信用金庫	支店		
	農協	出張所		
口座番号	口座名義		※カタカナで記入	

被保険者証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は、右枠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)

--	--	--	--	--	--	--	--

健保記入欄	資格取得日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格喪失日	平成 令和	年 月 日
	標準報酬月額	現在	千円	～		
		12ヶ月平均	千円	～		
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間				
		うち 労働 日 年休 日 欠勤 日 ⇒ 支給対象期間 日				
	報酬金額	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日分 円				
支給金額	標準報酬日額	支給日数	報酬金額	支給金額		
	円 × 2/3 ×	日 -	円 =		円	

常務理事	担当

受付日付印

健保で記入しますので、こちらは記入しないでください

記入方法等ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください

イビデン健康保険組合 担当: 小川
TEL: 0584-81-3124
内線: 857-380

事業主が証明しますので、こちらには記入しないでください

事業主証明欄	労務に服さなかった期間		令和	年	月	日	から	日間		
	上記の期間中、報酬を全額支給した期間 (有給取得期間)		令和	年	月	日	から	日間		
	賃金の支払状況について	報酬の名称	支給対象期間					支給額		
		前払給与	令和	年	月	～	令和	年	月分	円
			令和	年	月	～	令和	年	月分	円
			令和	年	月	～	令和	年	月分	円
		令和	年	月	～	令和	年	月分	円	
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 代表者氏名</p>										

【添付書類】・該当期間の勤怠表のコピーと給与明細書のコピー

医師または助産師の方から証明を受けてください

医師または助産師の証明欄	出産予定日	令和	年	月	日	出産日	令和	年	月	日	
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)				出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
	入院期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日</p> <p>医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号</p>										