

被保険者が出産したとき(詳細はホームページ)

被保険者 記入欄	被保険者証 の(左づめ)	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号(保険者番号06270748ではありません) <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	(フリガナ) _____		印 自署の場合は押印を省略 できます
	出産のため休んだ期間(申請期間)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	受取代理の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。(健保→事業主→被保険者)		

医師・ 助産師 証明欄	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
	生産・死産別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(月)	出生児数	<input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 印 TEL ()			

事業主 記入欄	※勤務表を添付してください。		
	賃金を支給しましたか? (勤務日・有休日以外)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	出産手当金の受給期間中(産休・公休)に賃金を支給している場合は、賃金状況書 類(日額がわかるもの)を添付してください。勤務日・有休日の賃金証明は不要です。
	受取代理人であること、および勤務・賃金内容について、相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 担当者氏名 _____ 事業所名称 印 事業主氏名		

健保組合 記入欄	出産手当金受給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間		
	標準報酬月額	千円	出産手当金日額	円
	出産手当金支給額	円		

上記の事由に該当するため、申出します。

年 月 日

受付日付印

大阪ガス健康保険組合