

健康保険

出産手当金

支給申請書

被保険者（申請者）・
医師、助産師・事業主 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

被保険者が出産したとき（詳細はホームページ）

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください			
	氏名	(フリガナ)					生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
申 請 内 容	出産のため休んだ期間 (申請期間)			年	月	日	～ 年 月 日
	受領委任 について	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)					印

医 師 ・ 助 産 師 記 入 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 (妊娠 週)	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します。							年	月	日
	医療施設の所在地									
	医療施設の名称									
医師・助産師の氏名							印			
電話番号										

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。								
	受領の代理人であること、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						事業主担当者名					
	事業所名称						事業主氏名			印		
電話番号												

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

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印
