

健康保険 出産手当金 支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名 所属	
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中のご連絡先)	- -

申請内容	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	生産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (人)			
	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 <small>出産日と出産予定日が同じまたは、出産日が出産予定日より早い場合は出産日より42日(多胎妊娠の場合は98日)前 から、出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日より42日前から、出産日翌日より56日までの間で休んだ日数 について申請できます。</small>			
	上記の「出産のため休んだ期間」に対し、会社からの報酬はありますか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
報酬がある場合、その期間と金額をご記入ください。	期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	金額	円	

医師・助産師証明欄	出産者氏名				
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎 (人)	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				

事業主証明欄	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	左記期間に対して、報酬を支払いましたか。または今後支払いますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	報酬がある場合	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金額	円	
	賃金計算等	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()		締日	日	支払日 <input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日
	〈お願い〉	・労務に服さなかった期間、および報酬の支払いがある期間の「賃金台帳・勤務表」(写)を添付してください。 ・報酬は、労務に服さなかった期間中に支払うものだけでなく、その期間に対して支払ったものを含みます。 例)先払いした定期券6か月分の期間が、申請期間に含まれている場合等				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					担当者氏名
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						

注意事項	振込先	・在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封)
	申請書提出先	・在職者は事業主を通じて送付してください。(トエネックは人事部給与厚生・年金Gへ)

受付日付印