

健康 保 記 入 欄	支給期間	自 年 月 日	日間 法定期間	自 年 月 日	
		至 年 月 日		至 年 月 日	
	標準報酬月額	千円 ^旧	千円	標準報酬日額	
				円 ^旧	
	法定支給日額	円	法定支給日額	円	
支給額	算定式	(法定)	円 × 日 =	円	
		(合計)		円	
			常務理事	事務長	担当

健康保険 出産手当金支給申請書

(1/2)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日	(第 回目)			
	被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏 名	生年月日	昭	年 月 日
		番号			平	
	資格取得 年月日	平・令	年 月 日	資格喪失 年月日 (喪失後の場合)	平・令	年 月 日
				所属及び 部署名	電話	()
	出産年月日	平成 令和	年 月 日	出産予定 年月日	平成 令和	年 月 日
	出産のため 休んだ期間	年 月 日 から			日間	
		年 月 日 まで				
	任意継続 被保険者 ・ 資格喪失の方	無職無収入 の証明	年 月 日から		日間 無職無収入でありました。	
			年 月 日まで			
上記のとおり申請します。						
住所 〒						
被保険者 氏 名						
電 話						
大気社グループ健康保険組合 理事長殿						
給付金振込先		給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。				

* 退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。

受付日付印

事業主が証明するところ(注)	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	給与締日: 日締 給与支払日: 当月・翌月 日払
	上記期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
		②一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
			年 月 日 から 年 月 日 まで	の分として 金 円 (月 日支払)	
	③現在まで又は将来も支給しない場合はその旨	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 名称 氏名 電話					

医師又は助産師が証明するところ(注)	被保険者(受診者)氏名		出産年月日	年 月 日
			出産予定年月日	年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	出生児の数	単胎・多胎(児)
	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	入院して出産したときは、その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	入院の費用の別
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 職名() 名称 氏名 電話				

大気社グループ健康保険組合

(注) 記入いただいた内容を訂正する場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(担当者サイン)を記入してください。