健保記入欄	健康保険組合記入欄

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	令和　〇〇　年　〇〇月　〇〇日																												（　第　　回目　）
被保険者等記号番号	記号	××					被保険者氏名	健保　幸子											生年月日	昭・平	年	0	1	月	0	6	日	2	0
	番号	△△△△																											
資格取得年月日	平・令	年	2	6	月	1	0	日	0	1	資格喪失年月日（喪失後の場合）	令和	年			月			日			所属及び部署名	〇〇〇部 電話　〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇						
出産年月日	令和	年	1		月	10		日	25		出産予定年月日	令和	年	1		月	10		日	24									
出産のため休んだ期間	令和　1　年　9　月　13　日　から 令和　1　年　12　月　20　日　まで																					99　日間							
任意継続被保険者・資格喪失者の方	無職無収入の証明	年　月　日から 年　月　日まで																				日間 無職無収入でありました。							

上記のとおり申請します。

被保険者　住所　〒 住所をご記入下さい

氏名　健保　幸子

電話　〇〇（〇〇〇〇）〇〇〇〇

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

(2/2)

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　日間

給与締日:　日締　日払

上記期間中の分として支払う報酬関係

①全支

②一支

③現支

円

円

円

支給

上記のと

事業主

※事業所が記入・証明する欄

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。

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

正常出産
異常出産

生　産　又
死　産　の

入院して出
ときは、その

上記のと

職名（

電　話

日

日

費

の他

※担当医師が記入・証明する欄

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。

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。