

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)

提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(第 回目)												
被保険者証 記号番号	記号 ××	被保険者 氏名	健保 幸子	生年月日	昭	年	月	日						
	番号 △△△△				平	〇	1	0	6	2	0			
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	〇〇〇部	電話	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
〇	2	6	1	0	0	1								
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					
	〇	1	10	25		〇	1	10	24					
出産のため 休んだ期間	令和 1 年 9 月 13 日 から										99 日間			
	令和 1 年 12 月 20 日 まで													
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。														
住所 〒 住所をご記入下さい														
被保険者 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

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
	①全支	<h2 style="color: red;">※事業所が記入・証明する欄</h2> <p style="color: red;">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。</p>				日払
	②一支					円
	③現支					円
上記のと					支給	
事業主						

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	<h2 style="color: red;">※担当医師が記入・証明する欄</h2> <p style="color: red;">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。</p>				日
	正常出産 異常出産					日
	生産又 死産の					日
	入院して出産 ときは、その					費 の他
	上記のと					
職名(

(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。