

届書コード		
6	3	2

# 健康保険出産手当金支給申請書(第 1 回)

◎記入方法及び添付書類については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。  
※「※」印欄は記入しないでください。

⑦ 被保険者証の記号・番号										⑧ 被保険者の生年月日				届書 種別	交付年度	通番	グループ		
1	2	3	4	5	6	7	8	-	9	5:昭和	年	月	日	0	2	平成	※	※	※
⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印 社 労 士 穂										⑩ 被保険者の資格を取得した年月日 平成24年4月1日									
⑪ 被保険者(申請者)の住所 〒220-0012 (フリガナ) カナガワケンヨコアハマシニシクミナトミライ 神奈川県横浜市西区みなとみらい										電話 045-000-0000									
⑫ 今回の出産手当金の請求は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。 <input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請										※請求年月日		年 月 日		※特別支給コード					
⑬ 上記⑫で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。 出産予定日 平成24年8月1日 出産日										※出産種別		1:単胎 2:多胎		※支給種別		0:産前・産後 1:産前 2:産後			
⑭ 出産のため休んだ期間(申請期間) 平成24年06月21日 から 平成24年09月26日 まで 98日間										自 年 月 日		至 年 月 日							
⑮ 上記⑭の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 <input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 今後受けない																			
⑯ 上記⑮で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。 から まで 円																			
備考																			
減額/不支給		減額情報		期間1		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		金額									
0:入力なし				期間2		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		金額									
1:入力あり				期間3		自 年 月 日 至 年 月 日		日数		金額									
不支給情報		期間1		自 年 月 日 至 年 月 日		期間3		自 年 月 日 至 年 月 日											
		期間2		自 年 月 日 至 年 月 日		期間4		自 年 月 日 至 年 月 日											
E03条		0:非該当 1:該当		104条		0:非該当 1:該当		106条		0:非該当 1:該当		108条		0:非該当 1:該当					
不支給理由				法定支給額				支払日数		支払方法		2:個人払い 3:その他							

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産者氏名			
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎( 児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。 平成 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 ⑯ 電話			

右面に振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

医師、または助産師の証明が必要となります。

全国健康保険協会

振 込 希 望 口 座	④ 支払区分	1 金融機関	⑤ 金融機関コード		⑥ 銀行 みなとみらい	⑦ 支店 本店 支店
		※			⑧ 信連・信漁連 農協・漁協	⑨ 本所・支所 本店・支店
		⑩ 預金種別	⑪ 1:普通 2:当座 3:別段	⑫ 4:通知 5:貯蓄	⑬ 口座番号 0 0 0 0 0 0 0	⑭ 口座名義 社 労 士 穂

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者住所(申請者)氏名	⑯ 印	
	代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
代理人の住所	(〒 )	産休期間中に給与の支払いがあった場合は、出勤簿や賃金台帳に基づいて記入します。	

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事 業 主 が 証 明 す る こ ろ	⑰ 勤務状況(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)		出勤	有給	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	
が	⑱ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		賃金計算		
	□ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑲ 給与の種類(○で囲んでください)	月給	日給
証	⑳ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください。		日給月給	締日	
	時間給	歩合給	その他	支払日	
明	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日 日分	支給額
	基本給				
	通勤手当				
	住居手当				
	扶養手当				
	計				
こ ろ	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 24 年 9 月 27 日	担当者氏名	総務 太郎
	事業所所在地	神奈川県横浜市中区本町2丁目15番地 横浜大同生命ビル7階			
	事業所名称	ビジネスサポートセンター株式会社			
事業主氏名	代表取締役 平川将				
		法 代表印		電話	045-664-0422

「初回申請分」には、労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。

社会保険労務士の提出代行印	平成 24 年 9 月 28 日 提出	受付日付印
---------------	---------------------	-------