決議日付印　　No.

健康保険　出産手当金・出産手当付加金　支給申請書

被保険者 申請者 情報

健康保険の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □昭和 □平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　-　　）	都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します

申請内容

1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですかそれとも出産後の申請ですか	□ 1. 出産前の申請　2. 出産後の申請
2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください	出産予定日　令和　年　月　日 出産日　令和　年　月　日
3 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
4 上記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	□ 1. はい 2. いいえ
5 上記で「はい」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）期間をご記入ください	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　円
6 出生児の数	単胎　多胎　（　　児）

医師・助産師記入欄

出産者氏名			
出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　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）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　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　　電話　（　　）

事業主が証明するところ

被保険者氏名		出産のため休んだ期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日（　日間）

勤務状況　【出勤は〇】【有給は△】【欠勤は／】【公休は公（但し、無給の場合は／）】でそれぞれ表示してください。		欠勤日数（無給の公休含む）
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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

上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	□はい □いいえ	上記の期間中の分として報酬を支給した場合	令　年　月　日から令　年　月　日　日間　円日額　円
			令　年　月　日から令　年　月　日　日間　円日額　円
			令　年　月　日から令　年　月　日　日間　円日額　円
			令　年　月　日から令　年　月　日　日間　円日額　円
			令　年　月　日から令　年　月　日　日間　円日額　円

上記のとおり相違ないことを証明します。
委任を受けた出産手当金及び同付加金の受領は貴組合との間できめられている所定の方法で受領いたします。　令和　年　月　日

受任者　事業所　所在地
名　称
氏　名
電話　（　　）

担当者名

・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及び賃金支払状況等をご記入ください
・出産日が出産予定日より早まった場合は出産日から42日前までの勤務状況及び賃金支払状況をご記入ください

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です
被保険者のマイナンバー記載欄

【健保使用欄】

支給・支払決議書

伺年月日		令和　年　月　日					回数	
支払額		百万	十万	万	千	百	十	円
内訳	法定							
	付加							
期間		年　月　日～　年　月　日（　日間）						
資格	得	年　月　日	前回	始	年　月　日			
	喪	年　月　日		終	年　月　日			
日額	円／日	備考						

常務理事	事務長	担当者

受付日付印　No.

太平洋セメント健康保険組合
（給）-2024.09