

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の記号番号	記号 〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成 令和	年 2	月 7	日 1	日 0	日 0	日 1	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日										
	被保険者(請求者)氏名	フリガナ ケンポ カズコ				健保 和子				被保険者(請求者)住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-101															
	生年月日	昭和・平成 59年 11月 30日				電話 (内線) 〇〇(〇〇〇)〇〇〇 内線(〇〇〇)				社員番号 〇〇〇〇〇															
	事業所名及び部署	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部				電話 (内線) 〇〇(〇〇〇)〇〇〇 内線(〇〇〇)				社員番号 〇〇〇〇〇															
	出産年月日	平成 令和	年 2	月 8	日 1	日 1	日 1	日 0	出産予定年月日	平成 令和	年 2	月 8	日 1	日 1	日 0										
	出産のため休んだ期間	平成 28年 9月 30日 から				98日間				平成 29年 1月 5日 まで															
	①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで				受けた				受けない				将来				受けられる				受けられない			
	②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日 から				年 月 日 まで				の分として				円											
	支払金融機関	〇〇〇〇				銀行 信用金庫				〇〇〇				本店 支店											
	支店番号	〇	〇	〇	普通	当座	口座番号				〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇							
名義人(フリガナ)	ケンポ カズコ																								
※被保険者名義の口座を必ずご記入ください																									

平成 29 年 1 月 10 日提出

受付日付印

備 考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し

G L V健康保険組合理事長 殿

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名			
	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	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月 月)
	出生児の数			
	入院して出産したときは、その期間	<h2 style="text-align: center; color: red;">医師または助産師の証明欄</h2>		
	上記のとおり相違			
	所在地	月 日	・ 公 費 ・ その他	
	職名 ()	名 称		
		氏 名		
		電 話		

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年 月 日 から	日間	給与の締日 及び 支払日	
		年 月 日 まで		日締 日払	
	うえの期間中 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	の分の報酬を	円
			年 月 日 まで		
		②一部支給した場合又は支給する場合		円を	円
	③現在まで又は将来も支給しない場合はその期間	年 月 日 まで	報酬は、現在までも将来も支給		
	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			

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

社会保険労務士記載欄