

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業所名 株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子		生年月日 平成5年10月4日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3 電話 090 (〇〇〇〇) △△△△		
	社員番号	×××××		メールアドレス △△△△@◆◆.co.jp

申請内容	出産予定日	令和5年9月8日		出産年月日	令和5年9月10日	
	出産のため 休んだ期間	令和5年7月29日 から 令和5年11月5日 まで 100 日間				
	■上記の出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。				はい・いいえ	
	「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。			報酬額	5,000 円	
	報酬支払期間	令和5年7月1日 から 令和5年7月31日 まで 31 日間				

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記をご記入ください

振込先情報	金融機関コード	〇〇〇		支店コード	×××	
	金融機関名称	◆◆◆		銀行 信用金庫	△△△	本店 支店
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ) ケンボ ハナコ

医師・助産師の証明	出産者氏名			出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・					または第 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する						年 月 日
	医療施設の 医療施設の 医師・助産師の氏名						

この欄は、分娩した医療機関に記入を依頼してください

備考	個人番号（被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																			
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給			
	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	日	日
	令和																															日	日			
	令和																															日	日			
	令和																															日	日			
	令和																															日	日			
	上記の																															日	日			
	給与の																															日	日			
	上記の期 かかる分 支払っ (給与・賃金)																															日	日			
	現在まで 将来も支 場合は																															日	日			
	賃金計 (欠勤控)																															日	日			
上記のとおり																															日	日				
事業主氏名																																				
電 話																																				

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください

【事業主の方へ】

- 労務に服さ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ご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

社会保険労務士の提出代行欄