

提出先：事業主（会社）の担当部署 → 健保組合

出産手当金申請書（第1回目）

申請日 令和6年12月1日

●被保険者（申請者）が記入する欄

被保険者等記号・番号	被保険者氏名	生年月日	所属事業主（会社）	所属事業所
00 - 1111	健保 花子 (印)	昭和54年11月2日	〇〇〇株式会社	〇〇営業所
住所	(000 - 0000) 東京都中央区新川△-△△-△△			TEL: 03-2222-3333
<input type="checkbox"/> 分娩前に請求の場合：分娩予定月日 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 分娩後に請求の場合：分娩予定月日 令和6年10月5日			分娩月日 令和6年10月1日
分娩のために休んだ期間	令和6年8月21日～	令和6年11月26日	休んだ日数：	98 日間
振込口座	給与口座（任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座）			
備考				

●医師または助産婦の意見

分娩予定年月日	分娩年月日	分娩・分娩予定	正常・異常分娩の別	生産・死産の別
年 月 日	年 月 日	単胎・多胎（ ）児	正常分娩・異常分娩	生産・死産（妊娠 ヶ月）
上記の通り相違ない	医師または助産師に記入（※）していただき、人事担当者にご提出ください。 ※初回申請時のみ			
年 月 日	住所			
(職名：)	氏名	印		

●事業主証明欄

労務に服さなかった期間	年 月 日～	年 月 日	日数：	日間
*上の期間中の分として支払う報酬関係：			報酬金額	支払月日
<input type="checkbox"/> 全額支給の場合	年 月 日～	年 月 日	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> 一部支給の場合	年 月 日～	年 月 日	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> 支給しない場合				
上記の通り相違ないことを証明します。	所在地：			
年 月 日	事業主 名称：			
	代表者名：	印		

●健保事務局確認欄

資格取得：	年 月 日	喪失：	年 月 日	等級：		標準報酬月額：	円
前回支給：	年 月 日～	年 月 日	日間	前回支給金額：		円	
支給期間：	年 月 日～	年 月 日	日間	支給金額：		円	
決裁年月日：	年 月 日	支給年月日：	年 月 日				

受付印：

理事長	常務理事	事務長	担当