

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●●●●● 電話 XXX(XXXX)XXXX
	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子		生年月日	平成10年12月22日
	申請者住所電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号 電話 ()			
	社員番号	1234567	メールアドレス	●●●@XXXXX	

申請内容	出産予定日	令和4年9月4日	出産年月日	令和4年8月30日			
	出産のため休んだ期間	令和4年8月1日	から	令和4年10月25日	まで	85	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			
	「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	XXX,XXX	円	
報酬支払期間	令和4年8月1日	から	令和4年10月25日	まで	85	日間	

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

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
	この欄は、医師または助産師に証明を依頼してください				

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日
受付日付印

