

健 保 記 入 欄	受 付 日	年 月 日	支 給 額	円
	資格取得日	年 月 日	支 給 期 間	年 月 日から
	資格喪失日	年 月 日		年 月 日まで
	標準報酬月額 平 均	年 月～ 年 月	計 算 式	/日×2/3× 日間＝ 円
	課 長	担 当	処 理	支 給 日
			備 考 欄	

健保組合
受付印

出産手当金支給申請書（第 回）

島津製作所健康保険組合理事長殿

年 月 日

被 保 者 記 入 欄	下記のとおり出産手当金の支給を申請します。本申請に基づく給付金に関する受療を事業主に委任します。									
	被保険者証 記号・番号	記 番	氏 名	Ⓜ	事業所名					
	住 所	〒								
		TEL								
	分娩前 の別	前 ……出産日含む42日前迄の事	※実際の出産日が予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日（多胎妊娠は98日）から、出産後56日までの期間について支給されます。							
	分娩後 の別	後 ……出産日の翌日から56日後迄の事								
	予 定 日	年 月 日	出生児の数	単胎	多胎（ 児）					
	分 娩 日	年 月 日	分 娩 の 別	生産	死産（妊娠第 週）	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間		
	生 産 の 別	生産	死産（妊娠第 週）	分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間			
	休んだ期間中に給 料の全部又は一 部を受けましたか。	はい	いいえ	「はい」 の 場 合	～					
※任意継続被保険者又は 資格喪失者のみ記入	銀行名	支店名	支店コード	普通 貯蓄						
備 考 欄										

*在職者の給付金は、事業主経由で支給します。

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	予 定 日	年 月 日	分 娩 日	年 月 日		
	出生児の数	単胎	多胎（ 児）	生 産 の 別	生産	死産（妊娠第 週）
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	住 所	年 月 日				
名 称						
医師・助産師 氏 名	Ⓜ					

*同一の分娩について第2回目の支給請求をする場合は、医師又は助産師の意見欄の記載を省略することができます。

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかつ た期間	年 月 日 から	日 間	給与の種類	月給	日給月給
		年 月 日 まで			日給	その他（ ）
	上記の期間中に報酬 の全部、又は一部を 支給しましたか。	はい	いいえ	「はい」の場合 *出勤簿・賃金台帳 写しを添付	～	
賃金計算 (欠勤控除)方法	注意・・・通勤費(定期代)等も報酬とみなします			上記のとおり相違ないことを証明します。		
(記入例) 基本給：欠勤控除有り 300,000÷20日×11日 ＝165,000円 通勤手当：欠勤控除無 し。6ヶ月定期代(4～9 月分)として3月25日に 支給済住宅手当：欠勤 控除無し				住所	年 月 日	
				名称		
				代表者名	Ⓜ	

*報酬支給有の場合は、出勤簿と賃金台帳の写しを添付してください。

*記入漏れがある場合は一旦返却します。

<マイナンバーを記載する上での注意>

保険者証の記号番号記載に代えてマイナンバーを記載して請求することができますが、その場合は次の注意事項を守ってください。

・マイナンバーは備考欄へ記載してください。

・マイナンバーを記載した場合は、記号番号は記載しないでください。

・マイナンバーを記載して請求する場合は、個人番号確認、そして本人確認をするための書類を必ず添付してください。