

# 健康保険出産手当金支給申請書

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	個人番号												
	社員番号												
	被保険者 (請求者) 氏名と印	フリガナ						被保険者 (請求者) 住 所	〒 -				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日						自署の場合は押印省略可	電話 ( )				
	出産予定 年 月 日	平成 令和	年	月	日	出産年月日	平成 令和	年	月	日			
	出産のため 休んだ期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間	
	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	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	の分として 円	

支 払 金 融 機 関	銀 行 信用金庫		本店 支店
	支店番号	普通・当座	口座番号
	名義人(フリガナ)		
名義人	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください		

受付日付印

ベンチャーバンク健康保険組合

※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。

氏名

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和	年	月	日	から	日間	給与締日：	日締め
			平成・令和	年	月	日	まで		支払日：	日払い
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	ア	平成・令和	年	月	日	から	金		円
					平成・令和	年	月	日	までの分として	(
		イ	平成・令和	年	月	日	から	金		円
					平成・令和	年	月	日	までの分として	(
		ウ	平成・令和	年	月	日	から	金		円
					平成・令和	年	月	日	までの分として	(
	エ	平成・令和	年	月	日	から	金		円	
				平成・令和	年	月	日	までの分として	(	日支払)
オ	平成・令和	年	月	日	から	金		円		
			平成・令和	年	月	日	までの分として	(	日支払)	
交通費 (欠勤分の精算がされていない場合に記入)		平成・令和	年	月	日	から	金		円	
		平成・令和	年	月	日	までの分として	(	日支払)		
現在まで、将来も支給しない場合はその旨										
上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日										
所在地										
事業主 名称										
氏名 ㊟										
電話										

医師又は助産師が証明するところ	出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	出産年月日	平成 令和	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 ヶ 月)				
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )									
	入院して出産したときは、その期間	平成 令和	年	月	日	から	日間	入院の 費用の別	健 保 ・ 公 費		
		平成 令和	年	月	日	まで			自 費 ・ そ の 他		
上記のとおり相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
所在地											
職名 ( ) 名称											
氏名 ㊟											