健康保険　出産手当金支給申請書　　1/2枚目

◎◎記入箇所を訂正する場合は、記入者の訂正押印が必要です。（修正テープ等不可）
㋐出産のため休んだ期間（申請期間）が経過した後に申請してください。

被保険者が記入するところ

㋐　記号－番号	㋑　事業所名
－	

㋒ 被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㋓ 被保険者の生年月日	年　月　日
㋔ 被保険者の住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 〒　－ 固定電話　（　） 携帯電話　（　）		
㋕ 出産予定年月日	年　月　日	㋖ 出産年月日	年　月　日
㋗ 出産のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日　から 年　月　日　まで　（　日間）		
㋘ 出生児の数	単胎　・　多胎　（　児）	㋙ 生産または死産の別	生産（妊娠　週） 死産（妊娠　週＋　日）

㋚ 受取方法	【在籍中の方】 会社へ委任してください。	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名		
	【退職後の方】 振込先を記入してください。 （任継者は記入不要。 登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　）
		口座番号	(フリガナ) 口座名義	

記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、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、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

※年月日は元号でご記入ください。

R7.4 三井健康保険組合

健康保険　出産手当金支給申請書

医師または助産師が意見を記入するところ

Ⓐ 出産者氏名			
出産予定年月日	年　月　日	Ⓒ 出産年月日	年　月　日
Ⓓ 出生児の数	単胎・多胎（　児）	Ⓔ 生産または死産の別	生産（妊娠　週）
Ⓕ 正常分娩・異常分娩			死産（妊娠　週＋　日）

上記のとおり相違ありません。　年　月　日

医療機関の所在地

名　称

医師・助産師の氏名

電話　（　）

事業主が証明するところ

◎◎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記入してください。
記入箇所を訂正する場合は、事業主の訂正押印が必要です。

① 労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで（　日間）	② ①の期間の出勤日数と有給日数	出勤日数　日間 有給日数　日間
③ 給与の種類	月給・日給月給・日給 時間給・その他（　）	④ 給与締切日と給与支給日	固定給　日締、当月・翌月　日支払 非固定給　日締、当月・翌月　日支払
⑤ 欠勤控除の有無	あり・なし	⑥ ⑤「あり」の場合、精算方法	当月給与・翌月給与・その他（　）
⑦ ⑤「あり」の場合、欠勤控除の算出方法			
⑧ 通勤手当の支給の有無	あり・なし	「あり」の場合は、支給月の「賃金台帳」の写しを添付してください。	
⑨ ⑧「あり」の場合、期間、金額、精算の有無	月　日～　月　日分	円	精算する・精算しない
	月　日～　月　日分	円	精算する・精算しない
⑩ 現物給与の有無	あり・なし	⑪ ⑩「あり」の場合、現物給与の名称、金額	円 円 円

⑫ ①の期間を含む給与締切日に支払われた報酬について
【月給者・日給月給者・日給者】→ 固定給・日給以外の報酬を記入してください。　【時給者】→ 時間内・時間外手当以外の報酬を記入してください。

期間 / 報酬の名称	月　日～　月　日分 支給額	月　日～　月　日分 支給額	月　日～　月　日分 支給額

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

担当者氏名	
電話	（　）

事業所の所在地

名　称

事業主の氏名

【事業主の添付書類】
労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。