

健保使用欄	支給決議書				常務理事	事務長	担当者			
	受付年月日	令和	年	月	日					
	承認年月日	令和	年	月	日					
	支給年月日	令和	年	月	日					
款		項		目		支給額				
保険給付費		法定給付費		出産手当金		円				
支給を始める日の属する月以前の直近継続した12月間の平均標準報酬月額				標準報酬月額	円	標準報酬日額	円			
給付期間	自	R	年	月	日	算区	標準報酬・年金の日額	支給率	日数	支給額
	至	R	年	月	日					
支給日数		日		欄		報酬(給与)	円		▲	円
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間 )										
令和 年 月 日 ( 日間 ) <input type="radio"/> 早い <input type="radio"/> 遅い <input type="radio"/> 出産										

記入例

健保使用欄

森永健保の資格を喪失した場合でも、森永健康保険組合加入時の記号番号を記入してください。

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/>	〇〇年 〇月 〇日	年齢	〇〇 歳	
	氏名	(フリガナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇		事業所/所属先				
	住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	〇〇〇〇(株) 〇〇〇〇〇〇支店			
	電話番号	【自宅】	〇〇 ( 〇〇〇〇 )	〇〇〇〇	【携帯】	〇〇〇 ( 〇〇〇〇 )	〇〇〇〇		

振込先指定口座	*退職後、他の健康保険に加入された方と、被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。							
	金融機関名称	金融機関コード	〇〇〇〇〇	銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/>	〇〇〇	本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/>		
	預金種別	普通 <input type="radio"/> 別段 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 通知 <input type="radio"/>	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	口座名義の区分	1. 被保険者 <input type="radio"/> 2. 代理人 <input type="radio"/>		
	口座名義	(カタカナ)	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇		「2」の場合は受取代理人欄を記入			

該当する場合は記入してください。

受取代理人の欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 都道府県	TEL	( 〇〇 - 〇〇 ) 〇〇〇	被保険者と代理人との関係
	氏名					

委任状欄	被保険者(申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任し	氏名	〇〇 〇〇〇 (印)	退職していない被保険者の方のみ記入してください。 * 事業所経由で支給されるため必須
	事業主名	〇〇〇〇(株) 代表取締役 〇〇〇〇		* 退職された方は、記入不要です。	

「被保険者(申請者)・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)  
 <当健康保険組合は、被保険者証の記号番号のみで処理が可能です。>

<マイナンバーを記入した場合>  
 ◆本人確認書類の添付が必要です。

受付日付印

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者（申請者）・医師・助産師記入用

例) 予定日8/8(産前開始6/28) 出産日8/11  
 6/20~27まで有休で産前開始日の6/28より前から休み。  
 6/ 1~6/27まで報酬あり  
 6/28~10/6の産前産後期間無給

被保険者氏名		
申請内容	1 出産年月日及び出産予定日をご記入してください。	出産日 令和 ○○年 8月 11日 出産予定日 令和 ○○年 8月 8日
	2 出産のため休んだ期間	令和 ○○年 6月 20日 から 109 日間 令和 ○○年 10月 6日 まで
	3 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい 休み始めた月の1日から、有休取得した6/27までの期間と報酬を記入。
	4 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間をご記入ください。	令和 ○○年 6月 1日 から 報酬額 231,429 円 令和 ○○年 6月 27日 まで
*退職された方はご記入ください。		
5 退職後に加入した健康保険の種類を記入してください。	1. 森永健康保険組合(生産継続者) 2. 国民健康保険 「その他」の場合、加入保険者の名称と本人・家族区分を選択してください。 3. その他 (本人) (家族)	

医師・助産婦記入欄	患者氏名	出産児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	上記の通り相違ありません。			令和 年 月 日
医療施術の所在地 医療施設の名称 医師・助産婦の氏名 医療施設の電話 ( )				

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

## 事業主が記入

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者証の記号と番号	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	被保険者氏名	〇〇 〇〇〇				
	労務に服さなかつた期間 (有休・公休日を含む)	* 産前(予定日前42日【双児の場合98日】)から、産後(出産日の翌日から)56日までの労務に服さなかつた期間 〇〇年 6月 20日 から 〇〇年 10月 6日 まで (109 日間)						
* 出勤簿等の写しを添付する場合は記入省略可。 (出勤簿の添付 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし)								
勤務状況 【出勤は○】で、【有休は△】で、【欠勤は/】で、【公休は公】で、それぞれ表示してください。								
令和〇〇年 6月	① ② 公 ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ 休 ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ 休 ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚	出勤	13 日	有休	6 日			
令和〇〇年 7月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1	出勤	0 日	有休	0 日			
令和〇〇年 8月	1 2 3 4 5 6 7 8 0 1	出勤	0 日	有休	0 日			
令和〇〇年 9月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1	出勤	0 日	有休	0 日			
令和〇〇年 10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤	0 日	有休	0 日			
上記労務に服さなかつた期間中の賃金の支払状況について (1) 上記労務に服さなかつた期間分について、現在までもまた将来も支給しません。 (2) 全部または一部支給した(する)。 ※下記にその内訳を記入してください。								
給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日 毎月 末 日締切 支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 25 日払い					
* 労務に服さなかつた(有休日を含む)期間分について支払いが発生しない区分は記入不要です。								
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	日額	6月 1日 ~ 6月 27日分	6月 1日 ~ 6月 30日分	6月 1日 ~ 6月 30日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算等)について記入してください。
	基本給		支給額	231,429	270,000	270,000		例1 6/28~6/30の3日間分を控除した金額です。
	通勤手当		支給額			25,000		例2 欠勤控除分は6/28~6/30の3日間分です。
	住居手当		支給額			15,000		例3 欠勤控除分は、6/28~6/30の3日間分の基本給のみで、手当の欠勤控除はありません。
	扶養手当		支給額					
	手当		支給額					
	手当		支給額					
	現物給与		支給額					
欠勤控除分		支給額			-38,571	-38,571		
計		支給額		231,429	231,429	271,429		

上記の通り相違ないことを証明します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 担当者氏名 〇〇〇〇

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号  
 事業所名称 〇〇〇〇(株)  
 事業主氏名 代表取締役〇〇〇〇

必ず記入

\* 労務に服さなかつた期間、無給の場合は上記(1)を○で囲んでください。(1)の場合、この欄は記入不要です。  
 \* 欠勤控除がある場合は、その内容と内訳を記入してください。(翌月控除であっても当月で記入)  
 \* 残業代は含めないでください。  
 \* 記入例のとおりでなくても、内容がわかるように記入していただければ結構です。