

※「被保険者が記入するところ」「支払先希望の銀行」に記入の上、「医師または助産師が意見をかくところ」に証明を受けて、会社経由で申請してください。

健康 保 使 用	支 払 額 ¥	資格の有無	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	
		資格喪失日	年	月	日
		同年月日	年	月	日
		支払年月日	年	月	日
		R	/	千円	
				千円	

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

健康保険出産手当金申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者等 記号番号	(記号) 56	(番号) 115	②事業所名	株式会社△△△	
	被保険者のマイナンバー（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）					
	③被保険者 (申請者) の氏名	梅田 花子			④被保険者の生年月日	
				昭 平	和 成	13 年 5 月 6 日
	⑤被保険者 (申請者) の住所	〒 大阪市				
				電話	06 (××××) 〇〇〇〇	
	⑧出産予定日	令和 6 年 5 月 8 日	⑨出産日	令和 6 年 5 月 6 日		
	⑩出生児の数	単胎・多胎 (児)				
	⑪出産の ため休んだ 期間	令和 6 年 3 月 26 日	から 98 日間 令和 6 年 7 月 1 日まで			
	⑫出産した 医療施設	名 称	〇〇〇〇産婦人科			

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
* ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支
店名(漢数字3桁)も記入してください。
※被保険者以外の口座をご希望の場

⑬支 払 希 望 の 銀 行	必ずご記入										
	銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	(〇をつけてください)		
	口座 番号	9	8	7	6	5	4	3	口座 名義		
	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします								カタカナで記入してください		
ウメダ ハナコ											
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります											

公金受取口座の利用には、健康
保険組合にマイナンバーの提出
が済んでいることと、マイナポータ

受付日付印

※「被保険者が記入するところ」「支払先希望の銀行」に記入の上、「医師または助産師が意見をかくところ」に証明を受けて、会社経由で申請してください。

住商連合健康保険組合

◎労務に服することができなかつた期間を含む出勤簿(タイムカード)写と賃金台帳の写を必ず添付してください

◎被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明を行う必要はありません

事業主	①労務に服さなかつた期間	令和 6 年 3 月 26 日から 令和 6 年 7 月 1 日まで	98 日間
	②所定休日(該当曜日に○)	月・火・水・木・金・ 土 ・ 日 ・ 祝	シフト制のため不定期(不定期の場合は出勤簿【写】に所定休日かわかるように記入してください)
証明	③①の期間に対して報酬(基本給、通勤手当等)を支給しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	④給与の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給
	⑤給与締日と支給日	締日 末日 日 <input type="checkbox"/> 当月 支給日 20 日 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月	
証明	▲欠勤控除や通勤手当の精算により①の期間に対し支給した報酬がない場合、③欄は「いいえ」チェックしてください		
	労務に服さなかつた期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください		
証明	給与項目	「事業主が証明する欄」は、お勤め先の会社で記入してもらってください。	
	基本給	/ ~ /	円 円
証明	手当	/ ~ /	円 円
	手当	/ ~ /	円 円
証明	通勤手当	①の期間に対し通勤手当を支給した場合は、右欄に期間と金額を記入してください	R 6 年 3 月 1 日 ~ R 6 年 8 月 3 1 日 85,000 円
	通勤手当精算	精算した場合は右欄に精算した期間、金額を記入してください(月単位で精算の場合は解約日からではなく実際に払い戻した期間を記入してください)	R 6 年 5 月 1 日 ~ R 6 年 8 月 3 1 日 57,000 円
証明	※手当等の支給日が上記給与の支給日と異なる日の場合のみ記入してください		
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 令和 6 年 7 月 31 日 住所 大阪市中央区・・・ 事業所 名称 株式会社△△△ 氏名 代表取締役 ××××		

この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください

医師または助産師が意見かくところ	出産者氏名	梅田 花子	
	出産予定年月日	令和 6 年 5 月 8 日	出産年月日 令和 6 年 5 月 6 日
証明	出生児の数	この欄は、医師または助産師に、記入してもらってください。	
	上記のとおり	医療施設の名称 ▲▲▲産婦人科 医師・助産師の氏名 ●●●●●	
証明	電話	()	

医師または助産師への注意事項
※死産を丸でかこんだ場合は妊娠幾箇週であるか付記してください
※この欄の訂正は、訂正箇所を赤の二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を赤文字で記入してください