

## 健康保険出産手当金支給申請書

|  |                           |   |            |           |   |          |   |     |                    |          |   |
|--|---------------------------|---|------------|-----------|---|----------|---|-----|--------------------|----------|---|
| 被保険者(申請者)が記入するところ                                | 被保険者証の記号・番号               |   | ③被保険者の生年月日 |           |   | ④資格取得年月日 |   |     |                    |          |   |
|  | ①                         | ② | 昭<br>平     | 年         | 月 | 日        | 平<br>令  | 年   | 月                  | 日        |   |
|  | ⑤被保険者(申請者の氏名と印)<br>(フリガナ) |   |            |           |   |          | ⑥事業所の名称   |     |                    | 法人の役員ですか |   |
|  | (相続人からの請求の場合・被保険者氏名: )    |   |            |           |   |          | 被保険者の業務の種類(退職している場合は在職中の業務の種類)                          |     |                    |          |   |
|  |                           |   |            |           |   |          |   |     |                    |          |   |
|  | ⑦被保険者(申請者)の住所・電話番号        |   |            |           |   |          |   |     |                    |          |   |
|  | 郵便番号                      | — | 電話 ( )     |           |   |          |   |     |                    |          |   |
|  | ⑧ 分娩年月日                   |   |            | ⑨ 分娩予定年月日 |   |          | ⑩ 単胎・多胎の別   |     |                    |          |   |
|  | 令和 年 月 日                  |   |            | 令和 年 月 日  |   |          | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 |     |                    |          |   |
|  | ⑪ 請求期間<br>(分娩のため休んだ期間)    |   |            | 年 月 日から   |   |          | 日間  |     | 左に書いた期間中に報酬を受けましたか |          | ・全部受けた・全部受けられる<br>・一部受けた・一部受けられる<br>・受けられない |
|  |                           |   | 年 月 日まで    |           |   |          |   |     |                    |          |   |
| ⑫ ⑪の期間中、出勤、有給がある場合                               |                           |   | 出勤日        |           |   | 計 日      |   | 有給日 |                    | 計 日      |   |
| ⑬ 報酬の支払を受けた(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 |                           |   | 年 月 日から    |           |   | の分として    |   |     | 円                  |          |   |
|  |                           |   | 年 月 日まで    |           |   |          |   |     |                    |          |   |

|      |                      |  |                |  |                         |  |            |  |  |
|------|----------------------|--|----------------|--|-------------------------|--|------------|--|--|
| 振込口座 | 銀行等に振込みを希望する場合       |  | 口座預金種別         |  |                         |  | 預金口座名義人の氏名 |  |  |
|      | 銀行<br>金庫<br>組合<br>農協 |  | 店<br>支店<br>出張所 |  | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |  |            |  |  |
|      |                      |  |                |  | 預金口座番号                  |  |            |  |  |
|      |                      |  |                |  |                         |  |            |  |  |

※在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。  
↓ 受取代理人の欄に記入してください。

|         |                                |        |             |  |               |  |
|---------|--------------------------------|--------|-------------|--|---------------|--|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 |        | 代理人の氏名      |  | 被保険者(申請者)との関係 |  |
|         |                                |        | 年 月 日       |  |               |  |
|         | 被保険者(申請者)                      |        | 代理人の住所・電話番号 |  |               |  |
|         | 住所                             |        |             |  |               |  |
| 氏名      |                                | 電話 ( ) |             |  |               |  |

|           |  |
|-----------|--|
| 社会保険労務士氏名 |  |
|-----------|--|

大阪府電気工事健康保険組合

※請求時は請求期間と、その期間前1ヶ月分の出勤簿、賃金台帳(共に写し)を添付してください。

必要事項を記入し、□箇所は✓してください。実際の報酬支払額の欄は記載漏れのないようにしてください。

|                     |  |         |               |        |                             |       |       |    |
|---------------------|--|---------|---------------|--------|-----------------------------|-------|-------|----|
| 事業主が証明するところ         | ⑭ ⑪の期間のうち、労務に服さなかった期間                                  |         | ⑮現在の状況        |        | ⑯その期間中に報酬を支給しましたか           |       |       |    |
|                     | 年 月 日から  |         | □ 欠勤中         |        | □全部支給した □全部支給する             |       |       |    |
|                     | 年 月 日まで  |         | □ 月 日から出勤     |        | □一部支給した □一部支給する             |       |       |    |
|                     |  |         | □ 月 日付で退職     |        | □支給しない                      |       |       |    |
|                     | ⑰報酬の支給形態   |         | ⑩報酬の締切日・支払日   |        | ⑱欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)     |       |       |    |
|                     | □月給 □日給月給  |         | (締切日) (支払日)   |        | ●基本給は □控除しない □控除する(欠勤1日につき) |       |       |    |
|                     | □日給 □時間給   |         | □当月□翌月 □当月□翌月 |        | ●諸手当は □控除しない □控除する(欠勤1日につき) |       |       |    |
|                     | □その他( )  |         | 日締 日払         |        | ●その他( )                     |       |       |    |
|                     | ⑳ ⑭の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください |         |               |        |                             |       |       |    |
|                     |  |         | 基本給           | 家族手当   | 役付手当                        | 通勤手当  | 手当    | 手当 |
| 欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額 |  | 円       | 円             | 円      | 円                           | 円     | 円     |    |
| 実際の報酬支払額            | 月分   | 年 月 日から | / ~ /         | / ~ /  | / ~ /                       | / ~ / | / ~ / |    |
|                     |  | 年 月 日まで | 円             | 円      | 円                           | 円     | 円     |    |
|                     | 月分   | 年 月 日から | / ~ /         | / ~ /  | / ~ /                       | / ~ / | / ~ / |    |
|                     |  | 年 月 日まで | 円             | 円      | 円                           | 円     | 円     |    |
|                     | 月分   | 年 月 日から | / ~ /         | / ~ /  | / ~ /                       | / ~ / | / ~ / |    |
|                     |  | 年 月 日まで | 円             | 円      | 円                           | 円     | 円     |    |
|                     | 月分   | 年 月 日から | / ~ /         | / ~ /  | / ~ /                       | / ~ / | / ~ / |    |
|                     |  | 年 月 日まで | 円             | 円      | 円                           | 円     | 円     |    |
| 月分                  | 年 月 日から  | / ~ /   | / ~ /         | / ~ /  | / ~ /                       | / ~ / |       |    |
|                     | 年 月 日まで  | 円       | 円             | 円      | 円                           | 円     |       |    |
| ㉑ うえのとおり相違ありません。    |  |         |               |        |                             |       |       |    |
|                     |  | 事業所の所在地 |               |        |                             |       |       |    |
| 年 月 日               |  | 事業所の名称  |               | 電話 ( ) |                             |       |       |    |
|                     |  | 事業主氏名   |               |        |                             |       |       |    |

|                       |         |       |           |            |              |  |           |  |
|-----------------------|---------|-------|-----------|------------|--------------|--|-----------|--|
| 医師又は助産師が証明するところ       | ⑳ 分娩年月日 |       | ㉑ 分娩予定年月日 |            | ㉒ 生産・死産の別    |  | ㉓ 単胎・多胎の別 |  |
|                       | 年 月 日   |       | 年 月 日     |            | □ 生産         |  | □ 単胎 □ 多胎 |  |
|                       | 令和      |       | 令和        |            | □ 死産         |  |           |  |
|                       |         |       |           |            | (妊娠第 週又は第 月) |  |           |  |
| 上記のとおり相違ありません。医療機関所在地 |         |       |           |            |              |  |           |  |
|                       |         | 年 月 日 |           | 医療機関の名称    |              |  |           |  |
|                       |         |       |           | 医師又は助産師の氏名 |              |  |           |  |
|                       |         |       |           | 電 話        |              |  |           |  |