記入例

出産手当金申請書

提出日 2024年12月2日

被保険者が記入するところ	被保険者等の記号・番号		被保険者の氏名		(フリガナ) ケンボ ハナミ				
	1	3	1	1	1	1	1	健保 花美	
	被保険者の生年月日				被保険者の住所				
	2000	年	10	月	1	日	〒 806-0002 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号 電話 (111)1111-1111		
	出産のため休んだ期間 (申請期間)		自 :	2024	年	8	月	5	日
		至 :	2024	年	11	月	10	日	
上記のとおり申請します。									
2024年12月2日									
黒崎播磨健康保険組合 御中					被保険者住所 福岡県北九州市八幡西区東浜町10番1号				
					被保険者氏名 健保 花美				
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業主)に委任します。								
	2024年12月2日								
	被保険者氏名 健保 花美								
	代理人所在地 福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号 名称 黒崎播磨株式会社 氏名 代表取締役社長 江川 和宏								
※受取方法：給与振込(給与振込の場合、事業主が代理人となります)									

不備のないように記入して下さい

事業主が証明するところ	対象者氏名										
	労務に服さなかつた期間	年	月	日から	【日数：	日間】					
		年	月	日まで							
	上記の期間について賃金を支給 しましたか	☐	はい	給与の種類	☐	月給	☐	時間給	賃金計算	締め日	日
		☐	いいえ		☐	日給	☐	歩合給		支給日	☐
	☐		☐	日給月給	☐	その他					
上記のとおり相違ないことを証明します。											
事業主		所在地	福岡県北九州市八幡西区東浜町1番1号								
		会社名	黒崎播磨株式会社								
		代表者	代表取締役社長 江川 和宏								

記入不要

医師または助産師の証明するところ	出産者の氏名										
	出産予定日	年	月	日	出産日	年	月	日			
	出産児の数	単胎・多胎 (児)			生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)					
	上記のとおり相違ありません。										
	医師・助産師		所在地	年 月 日							
		医療機関名									
		医師・助産師氏名									
		電話番号									

医療機関に証明をもらわれて下さい

黒崎播磨健康保険組合(209-1) 2024.12

健保記入欄	支給額	円		常務理事	事務長	担当	
	標準報酬 月額・日額	平均月額	千円				
		日額	手当日額				
	支給期間	年 月 日から	【 日間】	資格取得年月日	年 月 日		
		年 月 日まで		資格喪失年月日	年 月 日		
出産予定日	年 月 日		全部・一部不支給	月 日から	【 日間】		
出産日	年 月 日			月 日まで	【 円】		

受付印