

令和 年 月 日 起案

令和 年 月 日 決裁

令和 年 月 日 執行

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 健康保険 出産手当金支給申請書

支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	支給額 計 算	標準報酬日額×2/3×日数-(控除調整額) = 出産手当金
支給決定額	円			( )円×2/3×( )日-( ) = 円
その他 (備考)				

## ※ 被保険者が記入するところ

被保険者等 記号・番号	50	100	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58年8月1日 <input type="checkbox"/> 平成
被保険者氏名	連合 花子		被保険者の 資格を取得 した年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 20年4月1日 <input type="checkbox"/> 令和
被保険者 (申請者) の住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町 〇-△-□ 電話 06 ( 1234 ) 5678			
今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか。 また、「出産前の申請の場合」は出産予定日、「出産後の 申請の場合」は出産日と出産予定日を記入してください。			<input type="checkbox"/> 出産前の申請 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請	
	令和 2年10月1日		出産予定日	令和 2年10月1日
	令和 2年10月1日		出産日	令和 2年10月1日
出産のために 休んだ期間 (申請期間)	令和 2年8月21日 から 令和 2年11月26日 まで	98 日間		
上記の出産のために休んだ期間(申請期間)の報酬を 受けましたか。または、今後受けられますか。			<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける ・ <input type="checkbox"/> 今後受けない	
上記で「受けた」(今後受ける)と答えた場合、その報酬の 額と、その報酬の基礎となった(なる)期間を記入して ください。	令和 2年8月1日 から 令和 2年8月31日 まで	20,000 円		

委任状	上記保険給付金の受領を事業所担当者 <u>健保 〇子</u> に委任する。 令和 2年11月30日 被保険者 <u>連合 花子</u>
-----	---

※ 事業主が証明するところ (該当期間にかかる賃金台帳及び出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。)

労務に服することができなかった期間 令和 2 年 8 月 21 日 から 98 日間 令和 2 年 11 月 26 日 まで				
賃金支給状況等について	給与の種類 (○で囲んでください。) 月給 ・ 日給 ・ <b>日給月給</b> 時間給 ・ 歩合給 ・ その他	賃金計算	締日	末日
	上記の労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		支払日	<b>当月翌月</b> 24 日
	労務に服することができなかった期間を含む賃金支給状況を記入してください。		<b>支給した(する)</b> 支給してない(しない)	
	支給期間 区分 \ 単価	8 月 1 日 ~ 8 月 31 日分 9 月 1 日 ~ 11 月 30 日分 月 日 ~ 月 日分 支給額	月 日 月 日分 支給額	● 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について、記入してください。  ○8月欠勤控除額 基本給 270,000円...① 所定日数 23日...② 欠勤 9日...③ $① \div ② \times ③ = 105,652円$ ○通勤手当 7月~9月の3ヶ月分として 60,000円を7月に支給。 8月分返却なし。 9月分返却あり。
基本給	270,000	164,348	0	
通勤手当	20,000	20,000	△ 20,000	
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	290,000	184,348	△ 20,000	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 2 年 11 月 30 日

事業所所在地 〒 530 - 0000 大阪市北区〇町 〇-〇-〇

事業所名称 丸紅〇×〇× 株式会社

事業主氏名 山田 〇男

電話 06 ( 1111 ) 1111

※ 医師又は助産師が意見を記入するところ

記入した内容を訂正する場合は、訂正印は原則不要になりますが、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(サイン)を記入してください。

出産者氏名	連合 花子		
出産予定年月日	令和 2 年 10 月 1 日	出産年月日	令和 2 年 10 月 1 日
出生児の数	<b>単胎</b> ・ 多胎 ( 児 )	生産または死産の別	<b>生産</b> ・ 死産 ( 週 )

上記のとおり相違ありません。

令和 2 年 10 月 20 日

医療施設の所在地 〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町 1-2-3

医療施設の名称 〇×〇×病院

医師・助産師の氏名 伊藤 〇男

電話 06 ( 2222 ) 2222