


健康保険組合記入欄	起案			常務理事	事務長	担当者
	支給額	健康保険組合記入欄					
	支給期間	日間	期間		資格喪失日	

健康保険 出産手当金支給申請書

健則第62条

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	記号 10	番号 7654	事業所の名称	カゴメ株式会社 ○○支店					
	生年月日	昭和 平成	3年	1月	25日	出産予定年月日	令和 元年 5月 11日			
	出生児の氏名	籠目 凜太			出産年月日	令和 元年 5月 13日				
	出産のため仕事を休んだ期間(請求期間)	平成 令和	31年	4月	2日	～	令和元 年 7月 8日	98日間		
	出産のため仕事を休んだ期間中に報酬を受けた時はその期間及び金額	令和	年	月	日	～	年	月	日	日間
	振込先銀行名	×××× 銀行		×××× 支店		普通				
	口座番号	1234567		口座名義人		カゴメ ソノコ 籠目 園子				
上記のとおり申請します。 令和 元年 7月 31日 〒 460-0003 住所 名古屋市中区錦一丁目1-1 ゴメマンション101 氏名 籠目 園子  カゴメ健康保険組合 殿										

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 ~	左記のとおり相違ないことを証明する。 事業所所在地・名称・事業主の氏名
	上記期間中に報酬を支給した場合又支給する場合は期間金額	年 月 日 日間	この欄は事業主に証明をもらってください
	金額	円	

医師又は助産婦が意見を書く欄	出産日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常分娩又は異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	正 産 ・ 死 産 (妊娠 ヵ月)
	出生児の数	産 児 名 数 ()		
	上記のとおり相 令和	この欄は医師・助産婦に証明をもらってください		
医療機関の所在地 名称 医師(助産師)の氏名 〒 () 医療機関の所在地 ()				