|  |
| --- |
| 健康保険 **出産手当金** 支給申請書  被保険者記入用  **3**  **2**  **１** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者が記入するところ** | ①  被保険者等 | 記号 | |  | ②  氏名 | | | | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | |
| 番号 | |  |
| ③  現住所 | 〒　　　　　―　　　　　　　　自宅又は連絡先電話番号　（　　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ この申請は出産前のものですか、出産後のものですか | | | | | 出産前　　・　　出産後 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 出産予定年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | ⑥ 出産年月日 | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ⑦  出産のため休んだ期間  （申請期間） | 令和　　　年　　　月　　　日 から 令和　　　年　　　月　　　日 まで　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧  上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。 | | | | | | | | | | | は　い　・　い い え | | | | | | | |
| ⑨  受領委任欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  令和　　　年　　　月　　　日　　　被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ マイナンバー記載欄（①欄の記号番号を記入した場合は不要です） | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| ⑪  備考欄  いずれかに✔してください | □　被保険者本人が記入したものである。  □　事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

・申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

・記入された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

・⑦欄は出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前42日（出産の当日を含む、多胎妊娠の

場合は98日）から、出産の日後56日までのうち、出産のため労務に服さなかった期間をご記入ください。

・この申請書は、⑦欄に記入された申請期間が経過した後にご提出ください。

・被保険者が押印されない場合は、⑪欄の□に✔をご記入ください。

※出産手当金は、産前分、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。ただし、事業主の証明欄については、

毎回証明が必要です。

※医師又は助産師の証明欄は、1回目の申請が出産後であり、証明によって出産日等の確認ができたときは、2回目以降の

申請書への証明は省略可能になります。

受付日付印

大阪府電設工業健康保険組合

|  |
| --- |
| 健康保険 **出産手当金** 支給申請書  **3**  **１**  **2**  医師・助産師記入用 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医師又は助産師が記入するところ** | ⑫ 出産者氏名 |  |
| ⑬　出産予定年月日 | 令 和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ⑭　出産年月日 | 令 和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ⑮　出生児の数 | 単 胎　 ・　 多 胎　（　　　　児 ） |
| ⑯　生産又は死産の別 | 生　産　 ・　 死　産　（ 妊 娠　　　　週 ） |
| ⑰  上記のとおり相違ありません。  令和　　　年　　　月　　　日  医療施設の  所在地  名　称  医師・助産師の氏名 ㊞  電話番号　　　　　　　（　　　　　　） | |

【被保険者の方へ】

　　医師または助産師に記入していただいてください。

　　医師・助産師の押印がない場合は、出産時の領収書（写）を添付してください。

【医師・助産師の方へ】

　・⑯欄が死産の場合は、妊娠何週の死産であるかを必ず記入してください。

　・記入された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

大阪府電設工業健康保険組合

|  |
| --- |
| 健康保険 **出産手当金** 支給申請書  事業主記入用  **１**  **2**  **3** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業主が証明するところ** | ⑱ 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| ⑲ 労務に服さなかった日（該当する日を○で囲んでください） | | | | | | | |  | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | | | | | | |
| 合計　　　　　　日間 | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ ⑲の労務に服さなかった期間に対する報酬の支給状況 | | | | | | | | | | | | |
| 支給期間  区分 | 月 　　　日　～  月　　　 日　分 | | | | | 月 　　　日　～  月　　　 日　分 | | | 月 　　　日　～  月　　　 日　分 | | 月 　　　日　～  月　　　 日　分 | |
|  | 支給額 | | | 1日当たりの額 | | 支給額 | 1日当たりの額 | | 支給額 | 1日当たりの額 | 支給額 | 1日当たりの額 |
| 基本給 |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 通勤手当 |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 家族手当 |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 住宅手当 |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 計 |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| ㉑ 被保険者の給与の形態 | | | | | 月　給　・　日給月給　・　日　給　・　時　給 | | | | | | | |
| ㉒　上記のとおり相違ないことを証明します。  令和　　　年　　　月　　　日  事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  電話番号 　　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業主に証明を受けてください。

【事業主の方へ】

・申請の際には、賃金台帳、出勤簿等の写を添付してください。

・被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは、資格喪失日の前日までについて証明してください。

・証明された内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

大阪府電設工業健康保険組合