

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印
日付印

出産手当金支給申請書〔第 回〕

健康保険被保険者証 記 号 番 号 (左づめで記入)	申請日 令和 年 月 日
被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)	事業所名
	所 属 (または出向先) 部 店・グループ 課・室
	被保険者住所 〒
	連絡先 自宅 職場 携帯

被 保 険 者 記 入 欄	仕事を休んだ 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	分娩予定日	令和 年 月 日
			分娩年月日	令和 年 月 日
	資格喪失後の出産予定又は 出産のときのみ記入してください	退 職 日	令和 年 月 日	
委任状 (任継者は 記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。			※自ら署名した場合も必ず押印ください
	令和 年 月 日	被保険者氏名		Ⓜ

事 業 主 証 明 欄	出勤状況	出勤→出、有給→△、欠勤→×、公休日→○ ※分娩(出産)が予定日より早まった場合は、分娩日(出産日)の42日前からの証明をお願いします。																																		
	労務に服さなかった期間	日	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 日	年 月																																		
	から	年 月																																		
	令和 年 月 日まで	年 月																																		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業主 所在地 氏名 Ⓜ																																			
	担 当 者 氏 名																		担 当 者 電 話 番 号																	

医 師 助 産 師 証 明 欄	分娩予定年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週・ヵ月)
	分娩年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師・助産師 氏名 Ⓜ			

健 保 記 入 欄	受付No.															
	月額(日額)	千円(円)														
	支給期間	/ ~ /														
	支給決定日数・額	産前 日	産後 日	合計 日	円											

受 付 日 付 印

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考	
----	--