

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

## 出産手当金支給申請書 [第 X 回]

健康保険被保険者証	申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
記号番号(左づめで記入)	事業所名	大阪○×△(株)
1 2 3 4 5 6 7 8	所属(または出向先)	○×部 部 △□ 店・グループ 課・室
被保険者の氏名	被保険者住所	〒123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×
(氏) ケンポ 健保 (名) ハナコ 花子 (印)	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	
	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	分娩年月日	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。 令和 ○ 年 × 月 △ 日 被保険者氏名 <b>健保 花子</b> (印)			

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。																																																																																																																																																																																															
	労務に服さなかつた期間	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>日</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> <tr> <td>令和 ○ 年 × 月 △ 日 から</td> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> <tr> <td>令和 ○ 年 × 月 △ 日 まで</td> <td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td> </tr> <tr> <td>○ 年 □ 月</td> <td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td> </tr> <tr> <td>○ 年 △ 月</td> <td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td><td>×</td> </tr> </table>																															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 から	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	令和 ○ 年 × 月 △ 日 まで	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○ 年 □ 月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○ 年 △ 月	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	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 から	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																																																																																																																																																																
	令和 ○ 年 × 月 △ 日 まで	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×																																																																																																																																																																	
○ 年 □ 月	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
○ 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	大阪○×△(株) ◇◇府○△市◇町*-*																																																																																																																																																																																														
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 (妊娠 週・ヵ月)
	分娩年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出生児の数	単胎 ( 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	◇◇県○△市◇町×-×
			名称	○○病院 (印)
			医師・助産師氏名	○○ ○○ (印)

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																								円
		産後	日																								円
	合計	日																								円	

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 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。