

支給支払決議書									
受付年月日	令和 年 月 日	資格取得 年月日	昭 平 令	年 月 日	常務理事	事務長	担当者		
同 年 月 日	令和 年 月 日								

健康保険組合使用欄

○社員本人(被保険者)の情報をご記入ください
○被保険者が亡くなられて申請する場合
・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)を一緒にご提出ください。
尚、「権利継承届兼誓約書」は3ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		2 5 0	5 6 7 8	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1	2	3
	氏名	(フリガナ) ケンコウ ハナコ 健康 花子					
	住所	(〒 1 2 3 - 7 6 5 4) ○○ 都 道 府 県 ○○市○○町○丁目1-2					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 012 (345) 6789					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関 名称	宇都宮 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()				日本橋 本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	7 6 5 4 3 2 1 左づめでご記入ください。				
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケン コ ウ ハ ナ コ					口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係
		氏名		

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



栃木トヨペットグループ健康保険組合

1/3

(R6.12)

出産前に申請する場合は、出産予定日のみをご記入ください。

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

出産のために労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)をご記入ください。

申請内容	1 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。	2	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請			
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和	4年	4月	21日	
		出産日	令和	4年	4月	22日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	4年	3月	11日	から	
		令和	4年	6月	17日	まで	99日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(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。	2	1. はい	2. いいえ			
5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和	年	月	日	から		
	令和	年	月	日	まで	円	
6 出生児の数	単胎 多胎 (児)						

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日	
	出生児の数	単胎	多胎	(児)	生産または死産の別	生産	死産	(妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和	年	月	日			
	医療施設の所在地	医師または助産師の証明を受けてください。									
	医療施設の名称										
医師・助産師の氏名					TEL	()					

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																														出勤	有給					
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	令和	年	月																																計	日	日
	令和	年	月																																計	日	日
	令和	年	月																																計	日	日
	令和	年	月																																計	日	日
	労務に服さなかった期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで															日間																		
	上記の期間中に賃金を全部又は一部支給した（する）場合は支給状況をご記入ください。																																				
令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	円	月	日	支払	日額	円																							
令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	円	月	日	支払	日額	円																							
令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	円	月	日	支払	日額	円																							
令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	円	月	日	支払	日額	円																							
令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	円	月	日	支払	日額	円																							
上記のとおり相違ないことを証明する。										令和	年	月	日	担当者氏名																							
事業所所在地														事業所名称										事業主氏名													
														電話										()													

【添付書類】（※原則、原本です）

・「権利継承届兼誓約書」（被保険者が亡くなられて申請する場合） ※QRコード →

