

提出先：（在職中の期間） 各会社の社会保険担当者
 （退職後の期間） 〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウィング10階
 日本アイ・ビー・エム健康保険組合

出産手当金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号 ×××	番号 ××××××××	申請年月日	令和 ××年 ××月 ××日	
	住所	〒×××-×××× ○○県○○市○○町○○-○-○			電話番号	(○○)○○○-○○○
	氏名	以下のとおり請求します。 健保 花子 (印)				
	分娩のため休んだ期間	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日から <input type="checkbox"/> 令和 ××年××月××日まで ××日間	<input type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日まで <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ××年××月××日まで ××日間			
	上記の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたとき または受けられるときはその報酬額および期間	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年××月××日から <input type="checkbox"/> 令和 ××年××月××日まで ××日分			○○○,○○○ 円	
振込先銀行名	銀行		支店 No.		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
[現役社員は給与振込につき、記入不要です] [当健康保険組合に銀行口座を既に登録されている方は記入不要です]						

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩予定年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎
	分娩年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	正常分娩または 異常分娩の別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 ※医療機関に記入・押印してもらってください 医療施設の名称 医師・助産氏名 (印)			

事 業 主 証 明	労務に服さなかった期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日から <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで 日間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで 日間						
	上記の期間中の分として支払った報酬等 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。								
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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						
	支給した賃金内訳		月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	備考
	基本給	円	円	円	円	円	円	円	
通勤手当	円	円	円	円	円	円	円		
手当	円	円	円	円	円	円	円		
手当	円	円	円	円	円	円	円		
計	円	円	円	円	円	円	円		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 ※事業主に記入・押印してもらってください。 (印) 氏名									