

出産手当金申請書

みずほ健康保険組合 御中

		① 提出日		令和	年	月	日							
被保険者（申請者）の記入欄	② 被保険者等の	記号	番号	③ 氏名										
	④ 生年月日	昭和 平成	年	月	日									
	⑤ 住所 電話番号	〒 連絡先(昼間)の電話番号 ()												
	⑥ 事業所名称			⑦ 所属部室店										
	⑧ 出産年月日	令和	年	月	日	⑨ 出産予定年月日	— 令和	年	月	日				
	⑩ 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	日数	日間	
	⑪ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間中)の報酬を受けましたか。また今後受けられますか。	受けた ・ 受けない ・ 今後受ける						「受けた」または「今後受ける」と答えた場合、⑩をご記入ください。						
	⑫ 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。													
	有給(全額支給)	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数	日間
	基本給(一部支給)	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額	円
	通勤手当等	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額	円
	⑬ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 → () 児)												
医師・助産師証明欄	出産者氏名													
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定日	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します。													
	令和	年	月	日	医療施設の所在地	医療施設の名称	医療施設電話番号	医師・助産師の氏名	⑭					
事業主の証明欄	※【事業主の添付書類】													
	①申請期間中の勤務表(写)				②申請開始月を含め過去7ヶ月分と申請期間の賃金台帳(写)または給与明細(写)									
	⑭ 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	日数	日間	
	⑮ 上記⑭の期間に対して、報酬を支払いました(支払います)か	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	⑯ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	⑰ 賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日	
	⑱ 上記⑭の期間を含む報酬の支給状況をご記入ください。													
	有給(全額支給)	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日数	日間
	基本給(一部支給)	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額	円
	通勤手当 払戻 無 <input type="checkbox"/>	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額	円
	有 <input type="checkbox"/>		払戻期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額
	その他手当(家賃補助金等) ()	支給期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	金額	円
⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。							担当者氏名							
令和							年	月	日	連絡先				
事業所の所在地 名称 事業主又は代理人氏名							※ 訂正箇所には訂正印(事業主印)を押印願います							

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄