

健康組合		
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 1 回]

健康保険被保険者証 記号 番号 (右づめで記入) 1 0 0 9 9 9 9 9 被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 花子 (健保)	申請日 令和 4 年 10 月 25 日	事業所名 名古屋製造所
	所属 (または出向先) 製造 部 鑄造 室・グループ 課・工場	被保険者住所 〒 455-**** 名古屋市〇〇区 **-*-*-**
	連絡先 自宅 052-653-****	職場(外線) 052-654-@@@ 内線

被保険者記入欄	仕事を休んだ期間 令和 4 年 8 月 10 日から 日間	分娩予定日 令和 4 年 10 月 15 日
	令和 4 年 10 月 20 日まで	分娩年月日 令和 4 年 10 月 11 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 平成 年 月 日

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	出勤→出、欠勤→欠、休日→〇、有給→有	欠勤減額の取扱い (右記のいずれかに〇)	・労働日のみ減額 ・1/30日分を減額
	4年8月10日 から 4年10月11日 まで 日間	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		
	上記のとおり相違ありません。		事業主 株式会社UACJ ***製造所	株式会社 UACJ 之印
	令和 4 年 10 月 10 日	所在地 〇〇県××市**町\$-\$	東京 本社	
連絡者氏名	UACJ 太郎	連絡者電話番号	0@@@-@***-〇〇××	

医師助産師証明欄	分娩予定年月日 平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週・ヵ月)
	分娩年月日 平成 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	月額(日額)	千円 ( 円)
	支給期間 不支給日数	/ ~ / 日
	支給決定日数・額	

## 委任状

私は 令和4 年 10 月 20 日 請求した出産手当金のうち 円也の受領に関する事。この金額欄は記入不要です。

令和4 年 10 月 20 日  
被保険者の住所 名古屋市〇〇区 \*\*-\*-\*-\*\*  
(請求者) 氏名 健保 花子 (健保)

代理人 住所 氏名 (印)

振込希望の金融機関名	金庫 銀行 組合	支店 普通 No. 当座
------------	----------	--------------

※振り込み先の金融機関名を変更したい場合は、健康保険組合まで申し出てください。