健康保険 出産手当金 出産手当付加金 支給申請書

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

提出日　令和　6年　12月　1日

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号	記号 20　番号 899999	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
事業所名（会社名）	○○○○株式会社	所属	○○○○ 室・課
氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子	生年月日	□昭和 ☑平成 □令和　04年 11月 10日
住所	（〒492-8153）愛知 都 道 府 県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地		
電話番号（日中の連絡先）	自宅 0587（23）6661	携帯 090（○○○）○○○○	

振込先指定口座（被保険者名義）

金融機関名称（ゆうちょ銀行以外）	三菱UFJ　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）	名古屋営業部　本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1　1.普通　2.当座　3.その他（　）	口座番号	0888880　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字として左づめでご記入ください。） ケンホ゜　ハナコ		

提出ルート

豊田合成㈱	被保険者〈申請者〉⇒　医療機関（医師・助産師の証明）⇒　被保険者 ⇒　ＴＧウェルフェア㈱・給与サービス部　給与チーム（事業主証明等）　⇒　健保組合
その他の事業所	被保険者〈申請者〉　⇒　医療機関（担当医の証明）⇒　被保険者　⇒　事業所・総括担当者（事業主証明等） ⇒　健保組合

「申請者・医師/助産師記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付	入力	支払

豊田合健康保険組合

＜帳票№204－14＞

健康保険 出産手当金 出産手当付加金 支給申請書

1 2 3

被保険者（申請者）・医師/助産師記入用

申請内容（被保険者記入欄）	
1 出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日 H・(R) 6 年 9 月 5 日 出 産 日 H・(R) 6 年 9 月 8 日
2 出産のため休んだ期間（申請期間）	H・(R) ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 から H・(R) ○ 年 ○ 月 ○ ○ 日 まで ○○○日間
3 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
4 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。	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 円
5 出生児の数	(単胎) 多胎 (児)

医師・助産師記入欄	
出	
出	
上	
医	
医	
医	

この欄は、出産した医療施設の

医師または助産師に証明を受けてください

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

「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 出産手当付加金 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賃金計算期間の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

労務に

日間）

勤務

この欄は、下記で証明を受けてください。

豊田合成㈱の方（保険証記号１０の方）

↓

TGウェルフェア㈱　本社

給与サービス部　給与チーム

その他の事業所の方（保険証記号１０以外の方）

↓

各事業所の総括部門（人事・総務など）

※勤務状況・賃金支給状況の記入担当者氏名を必ずご記入ください。

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。