

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4年 11月 1日

被保険者 申請者 情報	記号(※)	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の	1 0	9 9 9 9 9	<input type="checkbox"/> 昭和	0 3	1 0	0 1
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇〇〇 室・課		
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子				
住所	(〒492-8153)	愛知 都 道 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	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1	携帯	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇			

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 其他 ()	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	8 8 8 8 8 8 8	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	。	タ	ロ	ウ								

提出ルート	豊田合成(株)	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(株)・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。〉〉〉

(*)
【被保険者のマイナンバー記載欄】
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注：マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 出産手当金 支給申請書
出産手当付加金

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) 4 年 7 月 5 日

		出 産 日 H (R) 4 年 7 月 8 日
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	H・(R) 〇年 〇月 〇〇 日 から 〇〇〇日間 H・(R) 〇年 〇月 〇〇 日 まで
	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。	<input type="checkbox"/> 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 円 H・R 年 月 日 まで	
5 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	

医師・助産師記入欄	出	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
	出	
	上	
	医	
	医	

※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。>>>

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

勤務

日間)

この欄は、下記で証明を受けてください。

豊田合成(株)の方 (保険証記号 1 0 の方)



TGウェルフェア(株) 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 1 0 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。