

出産手当金・出産手当付加金申請書 (第 回目) 1/2ページ

I. 被保険者が記入するところ																													
① 被保険者の署名、捺印欄																													
カヤバ健康保険組合 理事長殿 下記のとおり申請いたします。 申請日：令和 7 年																													
住所 (〒 509 - 0256) 岐阜県可児市土田〇〇番地																													
氏名 健保 花子 (社員番号 〇〇〇〇〇)				署名または記号・印			電話番号 0574 (26) 〇〇〇〇																						
健 保 印 健 保 印																													
② 被保険者等 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">記号</td> <td style="width: 5%;">-</td> <td style="width: 15%;">番号</td> <td colspan="6">記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい</td> </tr> <tr> <td>〇〇〇</td> <td>-</td> <td>〇〇〇〇〇</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										記号	-	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい						〇〇〇	-	〇〇〇〇〇								
記号	-	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入して下さい																										
〇〇〇	-	〇〇〇〇〇																											
申 請 内 容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。(どちらかに○)			1. 出産前 2. 出産後																									
	2 出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日と出産日			出産予定日		令和 7 年 3 月 3 日																							
				出 産 日		令和 7 年 3 月 2 日																							
	3 出産の為に休んだ期間(申請期間)			令和7 年 1 月 21 日から 令和7 年 4 月 27 日まで 97日間																									
	4 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。又は今後受けられますか。(どちらかに○)			1. はい 2. いいえ																									
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬支払の期間とその報酬の額をご記入ください。			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		円																							
6 出生児の数 (どちらかに○)			単胎 多胎 (児)																										
④ 振込希望の銀行 (※給与振り込み口座の無い方のみご記入下さい)																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="border-bottom: 1px solid black;">銀行</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">口座番号 (左づめ)</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">口座名義 (カナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-bottom: 1px solid black;">本/支店</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;">通</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>										銀行				口座番号 (左づめ)			口座名義 (カナ)			本/支店				通					
銀行				口座番号 (左づめ)			口座名義 (カナ)																						
本/支店				通																									
⑤ 委任状：申請金額の受領を下記の代理人に委任します 《代理人の記入するところ》 代理人																													
住所 〒 氏名																													
⑤現役の従業員については記入不要です。(事業主(会社)が記入します)。																													

Ⅱ 医師・助産師が証明するところ

⑥出産者氏名			
⑦出産予定日	日		
⑨出生児氏名 (どちらか)	月 日 時 分 秒 辰 週)		
⑪上記⑥の出産場所 医療施設の所在地			
医療施設の名称			
医師・助産師の氏名	TEL	(	)

Ⅱ. 医療機関へ提出し、証明をもらってください。

※医師が証明するところですので、記入不要です。
ご自身があとから訂正することがないように、お気をつけください。

Ⅲ 事業主が証明するところ

⑫ ①の従業員が、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	____日間		
⑬ 上記⑩の期間における賃金等の支給について			
⑫の期間に、賃金等を支給しました（します）か？（どちらかに○）	はい（※） / いいえ		
※「はい」の場合、支給額を記入してください。			
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	円		
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	円		
令和 年 月 日 から、令和 年 月 日 まで	円		
⑭ 上記のとおり相対する事業主	日		
事業主氏名			
電話			

Ⅲ. 事業主（会社）から、労務に服することができなかった期間の証明をもらってください。

※会社が証明するところですので、記入不要です。
ご自身があとから訂正することがないように、お気をつけください。

※記入しきれない場合は、別途資料等添付してください

《カヤバ健保記入欄》

支給決議書	金額		¥				伺：令和			
							常務理事	事務長	係	備考
	資格	得	平・令 年 月 日							
		喪	平・令 年 月 日							

