

申請ルート: 申請者(被保険者) → 人事労務担当部門 → ミットヨ健康保険組合

出産手当金請求書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被保険者が記入するところ	被保険者証記号		被保険者証番号		申請日	年	月	日		
	氏名	氏		名	社員番号					
		生年月日				年	月	日		
	所属名称									
	住民票住所	〒 -								
	勤務状況及び賃金支給状況についてはこれを証明するため、事業主が被保険者に代わって、出勤簿及び賃金台帳の写しをミットヨ健康保険組合に提出することに同意します。					同意する	同意しない			
	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。					出産前	出産後			
	出産予定年月日		年	月	日	出産日		年	月	日
	分娩のために休んだ期間		年	月	日	～		年	月	日
	給付金受取方法	A. 事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。						
年				月	日	被保険者氏名				
B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失後申請の方が記入)		銀行名				支店名				
		種別	普通	当座	口座番号					
		口座名(カナ)								

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

健保組合受付欄

出産手当金請求書(意見・証明)

療養を担当した医師が 意見を書くところ	出産者氏名										
	出産予定年月日	年	月	日	出産日	年	月	日			
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		出産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)						
	うえのとおり相違ないことを証明する。								年	月	日
	医療機関の名称										
医師・助産師名											
所在地											
電話番号											

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	年	月	日	～	年	月	日	
	労務につけなかった期間に対して賃金を支給しました(します)か？								
	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>								
	報酬・通勤手当費等を支給した場合、その期間と報酬額をご記入ください。(勤怠表を添付してください)								
	出勤日および有給(年休)日に対する報酬は含めないでください。								
	報酬種別	期間				区分			総支給金額
		年	月	日	～	年	月	日	期間額 日額 月額 円
	年	月	日	～	年	月	日	期間額 日額 月額 円	
	年	月	日	～	年	月	日	期間額 日額 月額 円	
	年	月	日	～	年	月	日	期間額 日額 月額 円	
	年	月	日	～	年	月	日	期間額 日額 月額 円	
上記確認のうえ、事実相違ないことを証明します。									
事業主所在地 神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号									
名称 株式会社 ミットヨ									
事業主氏名 代表取締役社長 沼田 恵明									
						事業主確認日		事業主確認者	
						年	月	日	