

健康保険 出産手当金支給申請書

パレット健康保険組合

被保険者証	(記号) (番号)	事業所の名称
被保険者の氏名		生年月日 1.昭和 2.平成 年 月 日
出産予定日	令和 年 月 日	出産日 ^{※1} 令和 年 月 日
出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	() 日間
①出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬(賃金手当等)を受けましたか。または今後受けられますか		はい ・ いいえ
②上記で「1.はい」とお答え頂いた場合、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。		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
住所 〒 -		
上記のとおり申請します。		
令和 年 月 日		
パレット健康保険組合 理事長殿		
電話番号(日中の連絡先) ()		
被保険者氏名(申請者)		
※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。		
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	被保険者氏名(申請者) 受領代理人氏名 (会社が受領代理人として届出ている人)

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込みいたしますので、記載は不要です。)

振込先	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には日数を要します。					
	金融機関コード		支店コード		フリガナ	
	金融機関名	銀行 信用金庫	支店名	本店 支店	口座名義	
	預金種別	普通・当座	口座番号			

※1 出産前に申請される場合は出産予定日のみ記入してください

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

2023.10

■	資格取得日	昭和・平成・令和	年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
	支給期間	日数	手当日額	支給額	事業主支給額 差引支給額
	/ ~ /				
	/ ~ /				
	/ ~ /				法定給付支給額
	平均日額			円	支給額合計
欄	<input type="checkbox"/> 産前・産後(日間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 傷病手当金(有・無)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	受付No.				

随 機 の 開	出産者氏名										
	出産予定年月日	令和	年	月	日						
	出産年月日	令和	年	月	日						
	生産または死産の別	1. 生産		2. 死産 (妊娠 週)							
	出生児の数	1. 単胎		2. 多胎 (児)							
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 〒 -										
令和 年 月 日 医療施設名											
医師・助産師の氏名											
電話番号 ()											

①賃金の支払状況 賃金台帳(写)、勤怠表(写)を添付する場合は①賃金の支払状況②勤怠状況を記入する必要はありません。但し、勤怠控除がある場合は控除式の記入をしてください。③事業主の証明は必ず記入してください。

		令和 年 月 分	令和 年 月 分	令和 年 月 分	令和 年 月 分	令和 年 月 分
		(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)
固定的賃金	基本給					
	通勤手当	1ヶ月 円 日割 円	1ヶ月 円 日割 円	1ヶ月 円 日割 円	1ヶ月 円 日割 円	1ヶ月 円 日割 円
	前払退職金					
	パレット会費					
	その他手当					
非固定的賃金	時間外手当					
	その他手当					
勤怠控除(一)		(日)	(日)	(日)	(日)	(日)
支給額合計		円	円	円	円	円
勤怠控除計算式						

②勤怠状況(産前、産後を含む期間について記入してください。)

【出勤は○】【欠勤は×】【有給休暇は△】【定休は●】【遅刻・早退は▲】【休職は—】でそれぞれ表示してください。

月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 欠勤	日 日	有給 定休	日 日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 欠勤	日 日	有給 定休	日 日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 欠勤	日 日	有給 定休	日 日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 欠勤	日 日	有給 定休	日 日
月	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤 欠勤	日 日	有給 定休	日 日

③事業主の証明(必ずご記入ください)

被保険者氏名												
被保険者の報酬形態	1. 月給		2. 日給		3. 日給月給		4. 時間給		5. 歩合給		6. その他 ()	
給与締切日及び支払日	締 日		日		支 払 日		口当月		口翌月 (日)			
労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	(日間)		
上記期間中の報酬支給状況	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	(円)		
事業所所在地 〒 -												
上記の通り相違ないことを証明いたします。												
令和 年 月 日 事業所名称												
代表者氏名												
電話番号 ()												

社会保険労務士提出代行者名