健康保険　出産手当金支給申請書

パレット健康保険組合

被保険者等	（記号）　　（番号） —	（記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください） —　　—　　—	
被保険者氏名		生年月日	1.昭和 2.平成　　年　　月　　日
		事業所名称	
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いたしますので、記載は不要です。）

退職者記入欄

☐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。

振込先					
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

【退職者が申請するとき】

・被保険者期間が継続して 1 年以上であること（任意継続期間は含まず）

・産前 42 日の開始が被保険者期間中であること

・退職日に出勤していると退職日以降の出産手当金は支給されません

(2024.12.2)

健康保険組合記入欄

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	

☐ 産前・産後（　　日間）　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

☐ 傷病手当金（有　・　無）　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

受付 No.

健康保険　出産手当金支給申請書

パレット健康保険組合

医師または助産師の証明

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。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

医療施設の所在地

医療施設名

医師・助産師の氏名

電話番号　　（　　）

事業主の記入欄

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
	その他手当 前払退職金					
	その他手当 パレット会費					
	その他手当 手当					
	その他手当 手当					
非固定的賃金	時間外手当					
	その他手当 手当					
	その他手当 手当					
勤怠控除（—）		（　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　日 欠勤　日	有給　日 定休　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　日 欠勤　日	有給　日 定休　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　日 欠勤　日	有給　日 定休　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　日 欠勤　日	有給　日 定休　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　日 欠勤　日	有給　日 定休　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	□当月　□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）				

上記の通り相違ないことを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

事業所所在地

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