常務理事	事務長	担当	係

健康保険　出産手当金支給申請書

提出日　　年　　月　　日

被保険者が記入する欄

① 被保険者記号番号	記号　　番号 ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。		② 被保険者の氏名	
③ 被保険者の現住所	（〒　　ー　　） ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。		TEL　　（　　）	
④ 提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）			
⑤ 被保険者の資格取得日	年　　月　　日		⑥ 事業所の名称	
⑦ 出産のため休んだ期間	年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで　　日間			
⑧ 出産日	年　　月　　日		⑨ 出産予定日	年　　月　　日

〔注意事項〕

1．被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は、健保組合までご相談ください。

2．給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
　給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義が確認できるもののコピーを添付してください。
　（振込は被保険者本人名義の口座に限ります。）

医師・助産師が記入する欄

⑩ 出産者氏名			
⑪ 出産年月日	年　　月　　日　出産		
⑫ 出産予定年月日	年　　月　　日　出産予定		
⑬ 生産または死産の別	生産 ・ 死産　（妊娠　　ヶ月）	⑭ 正常出産または異常出産の別	正常　・　異常
		⑮ 単胎または多胎の別	単胎　・　多胎

上記のとおり、相違ないことを証明する。　　年　　月　　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

電話　　（　　）

※医療機関名等はゴム印を押印ください。

〔医師または助産師への注意事項〕

1．⑬、⑭及び⑮欄はそれぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

2．⑬欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であったかを当該欄に付記してください。

3．訂正箇所は二重線で抹消後、正しい内容と証明者のサインをご記入ください。

受付日付印

提　出　先　　※医師・助産師より、証明を受けた後、以下の宛先へご提出ください。

〒754-0894　山口県山口市佐山10717-1　　（TEL：083-988-0306）
㈱ファーストリテイリング 給与・社会保険チーム