

支給額										円	支給日	令和年 月 日 令和年 月 日	日間	
出産予定日	令和年 月 日										資格取得	昭和・平成・令和年 月 日		
出産した日	令和年 月 日										資格喪失	令和年 月 日		
備考														

健康保険 出産手当金支給申請書

①(第 回目)

被保険者（申請者）の記入するところ	②健康保険被保険者証記号・番号		—		③被保険者（申請者）氏名		(フリガナ)													
	④生年月日		昭和 平成	年 月 日																
	⑤被保険者（申請者）の現住所		〒 —										⑥電話番号							
	⑦事業所の		名称							所属部署										
			所在地							電話番号										
	⑧出産した日		令和年 月 日					⑨出産予定日		令和年 月 日										
	⑩出産の為に休んだ期間（申請期間）		令和年 月 日から 令和年 月 日まで					⑪被保険者の資格を取得した日		昭和 平成 令和年 月 日										
	⑫うえの⑩の期間で（申請期間）報酬を受けましたか、また受けられますか		受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない					⑬報酬の支払いを受けたとき、または受けられるときは報酬の額とその報酬支払いの基礎となる(なった)期間 月 日から 月 日の分として 円												
	⑭入院して出産した時はその	病院名							所在地											
		申請者に扶養者がいるときにはその		氏名	(フリガナ)					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		続柄						
費用の別		自費	年 月 日 年 月 日		日間	健保	年 月 日 年 月 日		日間	公費	年 月 日 年 月 日		日間							
出生時の数		単胎 ・ 多胎(児)			出生児の氏名		(フリガナ)			申請者と出生児との続柄										
支払希望金融機関		銀行 信金 信組			本店 支店 出張所		普通 ・ 当座	No.		名義人	フリガナ									

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和年 月 日		
	被保険者（申請者）	住所 氏名	
	代理人の氏名と印	フリガナ	委任者と代理人との関係
代理人の現住所		フリガナ 〒	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

オリエントコーポレーション健康保険組合

事業主の証明するところ	①労務に服さなかった期間（今回申請期間）		令和年 月 日から 令和年 月 日まで 日間																															
	②【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。																																	
	勤務状況	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	有給
	年 月																																日	日
	年 月																																日	日
	年 月																																日	日
	年 月																																日	日
	年 月																																日	日
	年 月																																日	日
	③うえの期間中の分として報酬の一部または全部を支給した、または支給する場合は出勤、有給、欠勤、無給を期間別に																																	
年 月 日～ 年 月 日		日間		円		月 日支払		日額		円																								
年 月 日～ 年 月 日		日間		円		月 日支払		日額		円																								
年 月 日～ 年 月 日		日間		円		月 日支払		日額		円																								
年 月 日～ 年 月 日		日間		円		月 日支払		日額		円																								
年 月 日～ 年 月 日		日間		円		月 日支払		日額		円																								
備考																																		
④労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由																																		
⑤上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 令和年 月 日 事業主 名称 代表者 電話 ()																																		

医師・助産師が意見を記入するところ	①出産した年月日	令和年 月 日	②出産予定年月日	令和年 月 日
	③正常分娩または異常分娩の別	正常・異常 【 】	④生産または死産の別	生産・死産 【妊娠 週】
	⑤入院して出産したときはその期間	年 月 日 年 月 日 日間	⑥入院費用の別	健保・公費 自費・その他()
	⑦出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	⑧上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地 医療機関名称 医師・助産師の氏名 ㊞ 電話 ()			

◎記入については記入例等に書いてありますのでご確認ください
また、文字を訂正する場合は各記載者の名前脇に押した印と同じ印を、訂正印として捺印してください