



出産手当金 申請書

出産手当付加金

・ご記入は、必ずインクの消えないペン(ボールペンなど)でお願いします。

※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

本人の記入欄	被保険者証(記号・番号)		所属名	
	記号	番号(氏名コード)	会社名・所属・マルチ番号	
				マルチ番号 8- -
申請の種類別 ○をつけて下さい	(A) 出産予定日 (B) 出産日	出産(予定)胎児数	出産のために休んだ期間	
産前・産後・全期	(A) 令和 年 月 日	・ 単胎	自: 令和 年 月 日から	
	(B) 令和 年 月 日	・ 多胎(2・3・4)児	至: 令和 年 月 日まで (日間)	
申請者署名捺印				
この申請書は、給付金の申請を円滑に行うため、事業主経由で提出してください。審査と給付に伴う関係書類の返送も事業主経由となります。また、内容審査のために、健康保険組合から、直接医療機関への照会を行う場合があります。尚、労働組合員の方については、出産見舞金給付のため、労働組合に給付金情報の提供を行います。個人情報(本人・家族)の取扱い上、支障のある方は、健保組合へ事前にお申し出ください。				
シャープ健康保険組合理事長 殿 千 一				
上記の内容に同意し、出産手当金を申請します。住所				
尚、私の受ける表記給付金の受領を事業主に委任します。電話				
令和 年 月 日 氏名 				
備考欄	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、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。)			

医師・助産師の証明欄	出産した者の氏名	(A) 出産予定日 (B) 出産日	出産胎児数 ○をつけて下さい	出産の状態 ○をつけて下さい
		(A) 令和 年 月 日	・ 単胎	・ 生産
		(B) 令和 年 月 日	・ 多胎(2・3・4)児	・ 死産(妊娠 週目(日目)) ・ 流産(妊娠 週目(日目))
上記の通り相違ありません。住所				
令和 年 月 日 医療機関名				
電話番号				
医師・助産師 氏名 				

事業主の証明欄	申請期間中の勤務状況		該当期間		
	種別				
	出産手当金が申請可能な所定期間※		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	その内の出勤日	・無・有	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
有給休暇取得期間	・無・有	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
給料の一部支給	・無・有	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (円)			
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (円)			
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (円)			
上記の通り証明します。住所					
令和 年 月 日 事業所名					
事業主					

健保記入欄	所定期間: ~ 日間	健保受付印
	給付期間: ~ 日間	

〈窓口責任部門 確認欄〉		
責任者		担当
申請書受領日: 令和 年 月 日		

※所定期間は、①出産予定日以前の出産は98日間(出産日以前42日[産前]+出産日翌日以降56日[産後])、②出産予定日以後の出産は、98日間+出産予定日から出産が後ろにずれた日数分の期間(出産予定日以前の42日[産前]+出産予定日翌日から出産日までの期間[産前]+出産日翌日以降56日[産後])となります。尚、多胎のご出産時は154日間(出産日以前の98日[産前]+出産日翌日以降56日間[産後])となります。