支給決議書																				
支給額			拾	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課長	係長	担当者							

資格取得	年 月 日	支給期間	年 月 日	日間	一部不支給	月 日	日間 円
資格喪失	年 月 日		年 月 日			月 日	
資格取得	年 月 日	入院期間	年 月 日	日間		報酬の支給によるため	
資格喪失	年 月 日		年 月 日			前回 月 日まで支給済	
標準報酬月額	年 月 日 千円		年 月 日 千円			年 月 日以降給付期間満了	
	年 月 日 千円		年 月 日 千円				

健康保険 出産手当金支給申請書（第　回目）

（被保険者の注意事項）

1. ③の㋐㋑は、それぞれ記入して下さい。
2. ④・⑦・⑧の㋑は該当する項目にチェックを入れて下さい。
3. 出産手当金は、出産のため勤務を休んで報酬を受けられない場合に支給されるもので、出産日（出産日が出産予定日より遅れた場合においては出産予定日）以前４２日（多胎妊娠の場合９８日）目から、出産日後５６日までを限度として支給されます。なお、出産当日は出産日以前の期間に含まれます。

被保険者（申請者）が記入するところ

① 被保険者	記号 / 番号	② 事業所の名称	
③㋐ 出産日	年 月 日	㋑ 出産予定日	年 月 日
④ 出生児の数	□ 単胎　□ 多胎（　児）		
⑤ 出産のため休んだ期間（申請期間）	年 月 日 年 月 日 日間		
⑥ 上記の⑤の期間中に給料、賃金、諸手当等を受けたとき又は受けられるときはその内訳	月 日 月 日 日間 円	月 日 月 日 日間 円	
⑦ 入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか	□ 入院　□ 入院外		
⑧ 入院して出産したとき	㋐ 入院した期間	年 月 日 年 月 日 日間	
	㋑ 自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか。	□ 自費　□ 健康保険　□ その他（　）	

□ マイナポータル等で事前登録した「公的給付等を受け取るための口座（公金受取口座）」を利用します。（利用する場合は☑）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

上記のとおり申請します。　年　月　日

〒　－

被保険者（申請者）　住所

氏名

ＴＥＬ　（　）

山形県自動車販売健康保険組合理事長 殿

払渡希望銀行	
銀行　店	
預金種別	
口座番号	
口座名義	

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。　年　月　日

被保険者（申請者）　氏名

代理人（口座名義人）　住所

氏名

ＴＥＬ　（　）

受付日付印

事業主が記入するところ

⑨ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤状況を記入して下さい。

出勤は出　欠勤は○
有給は㊟　休日は休

	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	欠勤
月																																日	日	日
月																																日	日	日
月																																日	日	日
月																																日	日	日

⑩ 労務に服さなかった期間中の報酬支払状況（該当するところを○で囲むこと）　□ ア．全部支払った。又は予定　□ イ．一部支払った。又は予定　□ ウ．一切支払わない。

⑪ 支払の方法　㋐ 日締切　□ 当月　□ 翌月　日支払　賃金形態　㋑ □ 月給　□ 日給　□ 日給月給　□ その他（　）

⑫ 通常（１ヶ月出勤した場合）支給する報酬について（円）	基本給 □ 月額 □ 日額	手当	手当	手当	手当	手当	手当	合計
								0

⑬ 労務に服さなかった期間を含む１ヶ月毎の賃金台帳を写して下さい。

［支給しない場合は０円と記入して下さい］

月分	月 日から 月 日まで						
月分	月 日から 月 日まで						
月分	月 日から 月 日まで						
月分	月 日から 月 日まで						

給与支給算出内訳（この算出式にあてはまらない場合は、下記に記入して下さい。）

（基本給）	円÷	日（時間）×	日（時間）＝	円
（　）	円÷	日（時間）×	日（時間）＝	円
（　）	円÷	日（時間）×	日（時間）＝	円
（　）	円÷	日（時間）×	日（時間）＝	円
（　）	円÷	日（時間）×	日（時間）＝	円

欠勤控除の方法を記入して下さい。（基本給、手当等）

⑭ 上記のとおり相違ないことを証明します。　事業所所在地

年　月　日　名称

事業主名

初回請求のものは出勤簿・賃金台帳の写し及び役員の場合は議事録の写しを添付して下さい。

ＴＥＬ　（　）

（事業主の注意事項）

1. ⑨は出勤簿と十分に確認し、上記の扱いで記入して下さい。
2. 被保険者の資格を喪失した後の請求であるときは、事業主の証明は必要ありませんので記入しないで下さい。

医師又は助産師が意見を書くところ

出産者氏名		療養費用の別	□ 自費　□ 健保　□ その他
出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日
出産（予定）日以前42日（多胎98日）出産日後56日の間に入院したときは、その期間	年 月 日 年 月 日 日間	左記の期間中に健康保険を適用した期間	年 月 日 年 月 日 日間
出生児の数	□ 単胎　□ 多胎（　児）	生産又は死産の別	□ 生産　□ 死産（妊娠　週）

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

所在地

医療機関の名称

医師、助産師の氏名

ＴＥＬ　（　）

（共通の注意事項）

1．該当しない欄は、斜線をひいて下さい。