

確認欄	内容に相違ないことの証明としてチェックをつけてください。チェックがない場合は再提出していただく場合があります。
	この届出については、次の要件を満たしたものである。 (事業主) <input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか事業主が確認したものである。

健康保険出産手当金支給申請書

令和 年 月 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平・令	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	被保険者氏名	フリガナ		㊦	被保険者住所		〒 -						
	生年月日	昭和・平成 年 月 日					電話 ()						
	事業所名	電話 ()											
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日			
	出産のため休んだ期間	令和 年 月 日 から		日間									
		令和 年 月 日 まで											
	上記申請期間の報酬を受けましたか、又は将来受けられますか	現在まで	受けた・受けない		将来	受けられる・受けられない							
	報酬支払を受けたとき、又は将来受けられるときは、その報酬の基礎となる期間と報酬の額	令和 年 月 日 から	の分として 円										
		令和 年 月 日 まで											

公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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。 (利用する場合には <input checked="" type="checkbox"/> をお願いいたします。)
--------	--

支払金融機関			銀行 信金・信組	本店 支店
	支店番号		普通 当座	口座番号
	名義人	フリガナ		

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬を	円
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬を	円
	②一部支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	の分の報酬を	円
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 所在地 事業主 名称 氏 名 電 話				

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出 産 者 氏 名			
	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話番号			

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

受付日付印

【提出先】

・在籍者：返送キットの返信用封筒に書かれている宛先、申請から1ヶ月以上経ってもキットが届かない場合は内容を明記して askjphr@microsoft.com（日本マイクロソフト社人事部）へ問い合わせ

・任意継続被保険者：〒108-0075 東京都港区港南2-16-3 品川グランドセントラルタワー マイクロソフト健康保険組合宛