

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

**A4(両面コピー)又はA3サイズ  
でコピーして下さい**

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 〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成 2 9 0 4 0 1	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 ケンポ ハナコ	健保 花子	被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-101				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇			
	事業所名	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部			電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇			
	出産年月日	令和 0 1 0 6 2 0	出産予定年月日	令和 0 1 0 6 2 0					
	出産のため休んだ期間	令和 01 年 5 月 10 日 から			98 日間				
		令和 01 年 8 月 15 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							

支払金融機関	〇〇〇〇	銀行 信金・信組	〇〇〇〇	本店 支店
	支店番号		口座番号	
	〇〇〇	普通・当座	〇〇〇〇〇〇〇〇	
	名義人	フリガナ ケンポ ハナコ	健保 花子	

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	日間	給与の締日 及び 支払日
			令和 年 月 日 まで		日締 日払
	①全額支給した場合又は支給する場合	<b>事業主の証明欄</b>			円
	②一部支給した場合又は支給する場合				円
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	円				
上記申請期間中として支払う報酬関係		円			
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日			
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		<b>医師または助産師の証明欄</b>		
		月 日			
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本部)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