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）　□　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

被保険者証等の記号番号	記号	〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成	2	9 年	0	4 月	0	1 日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	令和	年	月	日			
	番号	〇〇〇〇																
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	ケンポ　ハナコ	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														
		健保　花子　（健保）																
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 年	0	6 月	2	0 日	出産予定年月日	令和	0	1 年	0	6 月	2	0 日			
出産のため休んだ期間	令和　01　年　5　月　10　日　から 令和　01　年　8　月　15　日　まで　　98　日間																	
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 令和　年　月　日　まで　　の分として　　円																	

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	普通 ・ 当座	口座番号	
〇〇〇		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 令和　年　月　日　まで　日間	給与の締日　及び　支払日 日締　日払	
上記申請期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	令和　年　月　日　から	円	
	②一部支給した場合又は支給する場合	事業主の証明欄	円	
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和　年　月　日　まで	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。

令和　年　月　日

事業主　所在地

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

月　日

医師または助産師の証明欄

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

マイクロソフト健康保険組合 理事長　殿