

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ ㊦		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()			
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	出産予定日	平・令 年 月 日	出産年月日	平・令 年 月 日	
	出産のため休んだ期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間			
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで		受けた ・ 受けない	
		今後		受けられる ・ 受けられない	
	■ 上記で報酬を受けるまたは受けられると回答され方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。				
報酬支払期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間				
受けた報酬額	円		受ける報酬額	円	

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者	㊦

医師・助産師の証明	出産者氏名		出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第 月または第 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日
	医療施設の所在地		医療施設の名称		㊦		
医師・助産師の氏名							

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																			
	勤務状況【出勤は○】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給						
	平・令	年	月	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	日	日
	平・令	年	月	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	日	日
	平・令	年	月	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	日	日
	平・令	年	月	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	日	日
	平・令	年	月	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	日	日
	上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か														はい ・ いいえ														締日	日						
	給与の種類	月給 時間給	日給 歩合給	日給月給 その他()	賃金計算														支払日	日																
	上記の期間中にかかるとして支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間														支給額				支払日																
年		月	日	～	年	月	日	円				月	日																							
年		月	日	～	年	月	日	円				月	日																							
年		月	日	～	年	月	日	円				月	日																							
現在まで、または将来も支給しない場合はその理由																																				
賃金計算方法(欠勤控除等)																																				
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																																				
名称																																				
事業主氏名																												印								
電話																																				

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。

エーザイ株式会社 労務政策部 給与厚生グループ長 殿
エーザイ健康保険組合 理事長 殿

同意書

私はエーザイ健康保険組合が給付する傷病手当金、出産手当金等の保険給付金から事業主が下記の各種項目を控除することについて同意いたします。

記

1. 社会保険料（健康保険料・介護保険料・厚生年金保険料・雇用保険料）
2. 住民税
3. 財形貯蓄
4. 持株会
5. 福祉共済会会費
6. 本人契約による団体契約保険料
7. 社宅利用料
8. その他、エーザイ株式会社が認めるもの

以上

令和 年 月 日

住所

氏名

㊞

(自署の場合は押印不要)

ご注意:当同意書は、傷病手当金または出産手当金を、初めて申請するときと一緒にご提出ください。2回目以降は提出の必要はありません。