

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険記号-番号	—	氏 名			
	住 所	〒 — TEL ()				
	所属部署	TEL ()				
	日中繋がる電話番号	TEL () ※健保組合より連絡が入る場合があります。				
	振込先口座※	金融機関名		本・支店名		
		銀行・農協 金庫・他 () 機関コード()		本店・出張所 支店・他 () 支店コード()		
		口座番号(7桁)		被保険者名義(カタカナ)		
		(普)				
	※振込先口座については、原則給与口座を指定ください。 給与とは別の口座を指定される場合は、振込先がわかる通帳等の写しを併せてご提出ください。					
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
出産のため会社を 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	まで			

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	生産・死産の別 (死産の場合の日数)	生産・死産(妊娠 日)	出生児数	単児・多児()児
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 施設名称 医師・助産師氏名			

〒461-0005 【書類提出先】ネクステージグループ健康保険組合
愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702号室

(健 保 記 入 欄)	支 給 決 定 欄					
	支給期間	令和 年 月	常務理事	事務長	担当	担当
		令和 年 月				
	支給日数	日				
支給決定額	円					

受付印

【注意事項】 申請については、裏面をご覧ください。

出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前42日目（多胎妊娠の場合は98日目）から、
出産の日の翌日以後56日目までを期限とした休んだ日分です。

※ 「出産のため会社を休んだ期間」欄には、上記支給期間の範囲内で実際に会社を休んだ期間を記入してください。
（会社の休日（土、日、祝日）を含む。）
但し、有給休暇を取得した日は支給対象外となりますので、除いてください。

支給開始月を含む直近の12ヵ月の平均標準報酬月額を30で割った2/3に相当する額を支給します。

被保険者の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上被保険者（任意継続期間を除く）であった方で、
その資格を喪失した際に、出産手当金を受けていたか、受けられる条件を満たしていた場合は、
退職後も引き続き決められた期間出産手当金が受けられます。

妊娠4ヶ月（85日）以上で出産のために休み給料を受けられない場合であれば、支給の対象となります。

【お問合せ先】
ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
TEL (052)951-4907

健康保険の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、
個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--