

記入例 | 出産手当金支給申請書 事業主証明欄

東京都電機健康保険組合 | 保険給付課 03-3834-7214

健康保険 出産手当金 支給申請書 (事業主/医師・助産師記入用)

東京都電機健康保険組合

【事業主のみなさまへ】

- 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には事業主のサインまたは押印をお願いいたします。
- 「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
- 下記「※1 ㊦証明日」は申請期間の賃金の締め日以降の日付となります。

事業主が証明するところ	㊦ 被保険者氏名	健保 花子					
	㊩ 労務に服さなかった期間	㊁ 令和 5 年 3 月 1 日 から	92 日間	㊧ この期間に賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
		令和 5 年 6 月 6 日 まで	上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15)				
	㊂ 3/3~3/6、3/10、3/15						
㊪ 被保険者の	給与体系	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他 ()	賃金計算	締日	末日	給与支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月
㊫ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		円
㊬ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ×× 年 △ 月 △ 日 ※1							
㊭ 所在地	東京都文京区△△1-2-3						
㊮ 事業所名称	〇〇〇〇株式会社						
㊯ 事業主氏名	〇〇 〇〇	電話番号	△△ (□□□□) ××××				

- 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ㊁の期間に、基本給や各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- 労務に服さなかった期間の途中に出勤がある場合は、「上記のうち出勤した日」欄に記入してください。(出勤した日を申請期間の始まり・終わりの日にすることはできません)
(例) 3月1日から6月6日までの期間を申請するが3月3日(金)から3月6日(月)までの4日間と3月10日(金)3月15日(水)は出勤した場合

㊩ 労務に服さなかった期間	令和 5 年 3 月 1 日 から	92 日間	㊧ この期間に賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	令和 5 年 6 月 6 日 まで	上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15)		
㊂ 3/3~3/6、3/10、3/15				

- ㊧で「はい」とした場合、申請期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。