



船員保険 出産手当金 支給申請書（第 回）

手

被保険者(申請者)記入用

被保険者（申請者）欄	① 記号・番号 (左づめ)							
	② 個人番号 (マイナンバー)							
	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)							
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)						
	④ 生年月日	[昭和] [平成] [令和]	年	月	日			
	⑤ 住所	郵便番号		—			電話番号 (日中の連絡先)	()
<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない → 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。 公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。								
⑥ 振込希望口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所)			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			カタカナでご記入ください。			
	口座番号				ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。			
	③の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。							

⑦ 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				令和 年 月 日
	氏名					住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)			被保険者との 関係
	住所	(郵便番号 -)			電話番号 (日中の連絡先) ()	

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部



船員保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	⑧ 妊娠が判明した日をご記入ください。	妊娠が判明した日	令和 年 月 日												
	⑨ 今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、 それとも出産後の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請													
	⑩ 上記で「出産前の申請」の場合は、 出産予定日をご記入ください。 「出産後の申請」の場合は、 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 年 月 日												
		出産日	令和 年 月 日												
	⑪ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td>年</td><td> </td><td>月</td><td> </td><td>日</td></tr></table> から <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td>年</td><td> </td><td>月</td><td> </td><td>日</td></tr></table> 日間			年		月		日		年		月		日
			年		月		日								
		年		月		日									
	⑫ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に 報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。 (※)「はい」の場合は、その期間と報酬額を ご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい → 令和 年 月 日から 報酬額 <input type="checkbox"/> いいえ 令和 年 月 日まで 円													

医師・助産師記入欄	出産者氏名	妊娠が判明した日	令和 年 月 日	
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(　児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠　週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
医療機関の所在地				
医療機関の名称				
医師・助産師の氏名 電話番号 ()				

船員保険 出産手当金 支給申請書

船舶所有者記入用

職務に服することができ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。

※退職後(資格喪失日以降)の期間を申請する場合は、船舶所有者の証明(当ページ)の提出は不要です。

船舶所有者が証明するところ 支給した(する)賃金内訳	被保険者氏名		勤務状況(【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。)				出勤	有給		
	令和年月	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	計	日	日					
	令和年月	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	計	日	日					
	令和年月	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	計	日	日					
	職務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か?					給与の種類 (○で囲んでください。)		賃金計算		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					月給	日給	日給月給	締日	日
						時間給	歩合給	その他	支払日 <small>(当月) (翌月)</small>	日
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄にご記入ください。					●賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について ご記入ください。				
	支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ～	月 日 ～	月 日 ～					
			月 日分	月 日分	月 日分					
支給額			支給額	支給額						
基本給										
手当										
手当										
手当										
手当										
手当										
その他										
合計										
職務に服しなかった期間		令和 年 月 日から	日間							
		令和 年 月 日まで								
●上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日								担当者氏名		
船舶所有者の住所										
船舶所有者の氏名 電話番号 ()										