

2. 事業主証明欄の不備 (1/2)

1 2 3 ページ
健康保険 出産手当金 支給申請書
事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む資金計算期間の勤務状況および資金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	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	

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記○)で囲んだ日以外の日に於いて、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇等の場合、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当)・食事・出張等も記載してください。

例 令和 05 年 02 月 01 日から 05 年 02 月 28 日 3000000 円

① 令和 年 月 日から 年 月 日

② 令和 年 月 日から 年 月 日

③ 令和 年 月 日から 年 月 日

④ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑤ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑥ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑦ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑧ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑨ 令和 年 月 日から 年 月 日

⑩ 令和 年 月 日から 年 月 日

上記のとおり間違いないことを証明します。

事業主所在地 令和 年 月 日

事業主氏名

電話番号

61131101

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 3

被保険者氏名 (カタカナ)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

事例 1. 被保険者氏名の記入漏れ
被保険者氏名を必ずご記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	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	

事例 2. 証明期間の不備
申請期間のうち出勤した日を丸で囲んでください。

出勤日に○を付けるだけとなります。有給や公休の表示は不要です。

例：申請期間がR4.11.4~R5.2.9のとき
この場合はR4.11.4~R5.2.9の証明を漏れなくご記入ください。
出勤日がない場合は年月のみを記入ください。