

健康保険 出産手当金 支給申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
				<input type="checkbox"/> 令和		
氏名	(フリガナ)					
住所	(〒 -)		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) ※喪失後給付に該当する場合は除く						

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。	
	口座名義	▼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。)				
	<input type="text"/>					

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

申請内容	1 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。	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請
	2 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、出産予定日と出産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
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	4 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。	1. はい	2. いいえ
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
	6 出生児の数および生産または死産の別	単胎 多胎 (児)	生産 死産 (妊娠 週)

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	出産予定年月日	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 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	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	TEL ()	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

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。

事業主が証明するところ	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	公休	欠勤																						
	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	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	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	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	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日		日																					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																							
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	支給額	支給額	支給額	支給額	支給額																											
	基本給																																						
	手当																																						
	手当																																						
	手当																																						
	現物給与																																						
計																																							
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。																																							
上記のとおり相違ないことを証明する。										令和	年	月	日	担当者氏名																									
事業所所在地																																							
事業所名称																																							
事業主氏名																																							
電話 ()																																							

健保組合記入欄

【被保険者の方へ】

お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。