

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者情報	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7 8	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和			
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成	2	4	14
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子						
住所	(〒 514 - 1234)	三重 津市栄町1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678							
<input checked="" 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	津中央	銀行	金庫	信組	農協	漁協	南北
	預金種別	普通	口座番号	7 7 7 7 7 7 7	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。)							
	ケンポ° ハナコ							

「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 5年 3月 1日	出産日 令和 5年 3月 5日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 5年 1月 19日 から 令和 5年 4月 30日 まで	102 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 5年 1月 1日 から 令和 5年 1月 31日 まで	150,161 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	健保 花子		
	出産予定年月日	令和 5年 3月 1日	出産年月日	令和 5年 3月 5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 5年 3月 10日		
	医療施設の所在地	三重県××市△△2-2		
	医療施設の名称	〇〇産婦人科		
医師・助産師の氏名	健保 三郎	TEL	059 (1111) 5555	

「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	健保 花子							
	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5年1月	* 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	8日	2日	12日	9日		
	令和5年2月	/ 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	0日	0日	9日	19日		
	令和5年3月	/ 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	0日	0日	9日	22日		
	令和5年4月	* 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	0日	0日	10日	20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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	末日		
					支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	21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	1月 1日 ~ 1月 31日分	2月 1日 ~ 2月 28日分	3月 1日 ~ 3月 31日分	4月 1日 ~ 4月 30日分	月 日 ~ 月 日分		
	区分		支給額	支給額	支給額	支給額	支給額		
	基本給	250,000円	145,161円	0円	0円	0円			
	通勤手当	5,000円	5,000円	0円	0円	0円			
	手当								
	手当								
	手当								
現物給与									
計	300,000円	150,161円	0円	0円	0円				
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。 基本給欠勤控除あり $250,000円 \div 31日 \times 18日 = 145,161円$ 通勤手当欠勤控除なし									
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 5 年 5 月 1 0 日	担当者氏名	保険 太郎		
事業所所在地	三重県津市栄町△△1-1								
事業所名称	○○○○農業協同組合								
事業主氏名	健保 次郎			電話	059 (1111) 2222				

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。