

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	健康保険 (右づめ)	記号 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	氏名 記入日	(フリガナ) _____			以下のとおり、健康保険出産手当金の支給を申請します。 記入日 令和 年 月 日
	住所	(〒 _____ )	都(道) 府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )			

振込先指定口座	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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座 3. その他 ( _____ )	口座番号 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	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。)	
		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 _____ ) TEL ( _____ )		委任者と 代理人との 関係
	住所 _____	(フリガナ) _____	氏名 _____	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

添付書類について	① 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類 ② 労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と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し ③ 内容により、その他の書類を依頼する場合があります
----------	---

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

備考欄	
-----	--

受付日付印
-------

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい					
<input type="checkbox"/> 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	円	
	令和	年	月	日	まで		
6 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児						

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	出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 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

1 2 3

事業主記入用

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、【公休は公】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
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

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

はい  
 いいえ

給与の種類

月給  時間給  
 日給  歩合給  
 日給月給  その他

賃金計算

締日 日  
支払日  当月  翌月 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。

区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	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。
			～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	
			支給額	支給額	支給額	
基本給						
通勤手当						
住居手当						
扶養手当						
手当						
手当						
現物給与						
計						

令和 年 月 日

担当者氏名

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ( )