

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)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 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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☑)							

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	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	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)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	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	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎	()	児)							

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左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。)		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
	代理人(口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			委任者と代理人との関係
	氏名	(フリガナ)					

「事業主・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
- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

事業主・医師・助産師記入用

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
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		日		支払日		<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 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。																																					
支給した(する)賃金内訳	区分	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																																					
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																				電話 ()																	
事業主氏名																																					

※必ず、申請期間を含む出勤簿・賃金台帳等の写しを添付してください。

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	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 ()																				