

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

※自署の場合、押印は必要ありません

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏名	印			
	住所 電話番号	〒 ー 電話番号(日中の連絡先) ()			

申 請 内 容	「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	
	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	
出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。		☐ はい ☐ いいえ						
		令和	年	月	日	から	円	
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる) 期間と報酬額をご記入ください。		令和	年	月	日	まで		

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
	代理人 (事業主)	氏名 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。 ※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	公金受取口座	☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。
注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

※組合使用欄	給付日額	資格	取得	年 月 日	全部一部不支給	自 年 月 日	日間	日額	円
	円	喪失	年 月 日	全部一部不支給	至 年 月 日	計		円	
	支給内訳	自 年 月 日	日間	円	全部一部不支給	自 年 月 日	日間	日額	円
		至 年 月 日				計		円	
			円	全部一部不支給	自 年 月 日	日間	日額	円	
			円	全部一部不支給	至 年 月 日		計	円	
			円	全部一部不支給	自 年 月 日	日間	日額	円	
	計	円	全部一部不支給	至 年 月 日	計		円		
	備考								

受付日付印

事業主が証明するところ

被保険者氏名																	
労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から								この期間に対し賃金を支給しました(します)か。							
		令和 年 月 日 まで 日間								☐ はい ☐ いいえ							
給与の種類		☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()								給与の計算 期間・支払日		日から 日まで					
		通勤手当		金 銭 ・ 定 期 券 ・ な し								当月・翌月 日支払					
				1 ヶ 月 ・ 3 ヶ 月 ・ 6 ヶ 月 ・ そ の 他													
全部又は一部支給した場合、又は支給する場合、支給期間、内容、金額などを詳しく		支給期間及び日数内訳		月 日～ 月 日				月 日～ 月 日				月 日～ 月 日				備 考	
				出勤 日 欠勤 日				出勤 日 欠勤 日				出勤 日 欠勤 日					
		有給 日 公休 日				有給 日 公休 日				有給 日 公休 日							
		基 本 給		円				円				円					
		手 当		円				円				円					
手 当		円				円				円							
計		円				円				円							
欠勤した時の控除方法、 計算基礎及び控除金額				= 円													
欠勤にかかわらず月単位 で支給する報酬及び金額				手 当 円				現在までも、又将来も 支給しない場合は、その旨									
				手 当 円													
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
令和 年 月 日																	
所在地																	
事業所名称 印																	
事業主氏名 電話番号 ()																	
事業主の証明、添付書類に関して事業所担当者、社会保険労務士などの連絡先																	
電話 () 氏名																	

事業主のみなさまへ

・ 申請期間にかかる「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

・ 事業所名称・事業主名等を自署又はゴム印の場合は会社印は必要ありません。

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)															
生産又は死産の別		☐ 生 産 ☐ 死 産 (妊娠 か月 週)															
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
令和 年 月 日																	
所在地																	
医療機関名																	
医師・助産師の氏名 電話番号 ()																	

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。