

# 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	Ⓜ		生年月日	昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	〒 -		電話番号(日中の連絡先)	( )

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
「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	から	円	
	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	<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、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	自	年 月 日	日額	円	
	円	喪失		年 月 日	一部	至	年 月 日		計	円
	自	年 月 日	日間	円	全部	自	年 月 日	日額	円	
	至	年 月 日			一部	至	年 月 日	計	円	
	支給内訳				円	全部	自	年 月 日	日額	円
					円	一部	至	年 月 日	計	円
					円	全部	自	年 月 日	日額	円
			計	円	一部	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 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									
	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												Ⓜ						
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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)														
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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。