

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒 ー 都・道 府・県						
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			

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( )				
	支店名	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号					
	口座名義 (カタカナで記入)			口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。	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 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係( )			

申請内容	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"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請					
	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日	令和	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) 注:申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印の必ず押印ください。	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	

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。

※申請の際は、必ず記入例をご確認ください。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

事業主が証明するところ	被保険者氏名					給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <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		
	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	出勤	有給	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	日	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	報酬の種類	報酬の支払対象期間						支払額	支払額について(欠勤分控除・その他の場合は給与の計算式欄または添付の賃金台帳に記入)							
			年	月	日	～	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他						
		年	月	日	～	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他							
		年	月	日	～	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他							
		年	月	日	～	年	月	日	円	<input type="checkbox"/> 1か月分満額・ <input type="checkbox"/> 満額から欠勤分控除 <input type="checkbox"/> 日額 円× 日分を支給)・ <input type="checkbox"/> その他							
給与の計算式(欠勤控除等)																	
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	(		)	

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。  
 なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。  
 また、欠勤控除されている場合はその算出式を記入欄または賃金台帳へご記入いただけますようお願いいたします。

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	(		)	