

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

◎訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	事業所の名称	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)					
	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日
	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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

振込先指定口座	□ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、区分2. に○をつけ受取代理人の欄に記入してください。					
	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	普通	口座番号 (左づめ)			
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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	1. 申請者 2. 代理人

※2 受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	令和 年 月 日 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。				
	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					

※「2」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用することはできません。

「申請者・医師・助産師記入用」
は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

受付日付印

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 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 <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 令和 年 月 日 まで	円
	6 出生児の数	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別 <input checked="" 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 ()	

◎訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

〔請求上の注意〕

◎出産手当金は、女子被保険者が出産により事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は出産の日(出産の日が産前日より遅れた場合においては、産前日)以前の42日(多胎妊娠の場合は98日)目から出産の日後56日までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

【添付書類】 ① 賃金台帳のコピー ② 出勤簿(タイムカード)のコピー

※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の賃金台帳と出勤簿
初回申請時は、その期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿を追加して添付してください

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		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																																					
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																																					

◎訂正箇所は二重線で抹消し、正しい内容と訂正者の氏名(フルネーム)をご記入ください。

記入例

1	2	被保険者氏名 健保 花子	3	4	5								
<p>【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。</p> <p>平成26年 2月 1日 2月 28日 3月 1日 3月 31日 4月 1日 4月 30日 5月 1日 5月 31日</p> <p>出勤 5日 0日 0日 0日 0日 0日 9日 0日</p> <p>有給 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日</p> <p>公休 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日</p> <p>欠勤 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日 0日</p>													
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input checked="" 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 checked="" 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 末日 支払日 <input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 16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	2月 1日		5月 1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。 基本給計算方法 @1,000円×8時間×5日 =40,000円 @1,000円×8時間×9日 =72,000円				
			~	2月 28日分	~	5月 31日分	~	月 日分					
				支給額		支給額		支給額					
	基本給			1,000 40,000		72,000							
	通勤手当			20,000 20,000		20,000							
	住居手当												
扶養手当													
手当													
現物給与計													
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 26年 6月 16日		担当者氏名 ○○ ○○	
事業所所在地 東京都千代田区△△1-1													
事業所名称 ○○株式会社												電話 03 (○○○○) ○○○○	
事業主氏名 健保 三郎													

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

2 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。