

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日
	③氏名(申請者)	(フリガナ)						
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県				
	⑤電話番号 (日中の連絡先)	( )						
	⑥事業所名称				⑦被保険者の 資格取得日	昭・平・令	年	月

申 請 内 容	⑧出産予定日	平・令	年	月	日	⑨出産した日	平・令	年	月	日			
	⑩出生児数	単胎・多胎( 児)											
	⑪出産のため休んだ 期間(申請期間)	平・令	年	月	日	から	日間	平・令	年	月	日	まで	
	⑫上記⑪の期間に報酬を 受けましたか。また今 後受けますか。	1.はい	⑬ ⑫で「はい」と答えた場 合その報酬額とその期間		平・令	年	月	日から	報酬額	平・令	年	月	日まで

委 任 状	在籍者の方は委任 状が必要です。	⑭被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。	令和	年	月	日
		⑮受任者 (事業所)	氏名	受任者氏名は当健康保険組合に提 出している給付金振込依頼書と同一 にしてください。			

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

受付日付印

⑯備考

⑰社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書 (医師・助産師/事業主記入用)

医師・助産師記入欄	⑱ 出産者氏名														
	⑲ 出産予定年月日	平・令	年	月	日										
	⑳ 出産年月日	平・令	年	月	日										
	㉑ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 (	児)											
	㉒ 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	(		)

事業主が証明するところ	⑳ 被保険者氏名												<b>事業主のみなさま</b>																						
	㉑ 労務に服さなかった期間	平・令	年	月	日	から								申請期間の賃金台帳の写しと出勤簿の写しを添付し、交通費の支払期間、賃金計算方法(欠勤控除の計算式、交通費の計算式等)を記入してください。前払いの交通費がある場合はその月の賃金台帳の写しを添付してください。精算(払戻)した場合はそのことがわかる資料・計算式も添付してください。																					
		平・令	年	月	日	まで	日間																												
	申請期間を含む賃金計算の締日の翌日から締日までの勤務状況をお書きください。 出勤は○ 有給は△ 公休は□ 欠勤は/で表示してください。(資格喪失日以降の証明は必要ありません。)														出勤	有給	欠勤																		
	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	日	日	日
	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	日	日	日
	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	日	日	日
	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	日	日	日
	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	日	日	日
	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	日	日	日
㉒ 被保険者の	給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他(	日給)	賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日																									
㉓ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部を支給した(する)場合	年	月	日	～	年	月	日	日間	円																										
	年	月	日	～	年	月	日	日間	円																										
	年	月	日	～	年	月	日	日間	円																										
㉔ 現在までもまた将来も支給しません												はい・いいえ (給与がある場合はいいえに○を付けてください)																							
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	(		)																				