

支給額		円
-----	--	---

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

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

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(左づめ)	記号	番号	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														
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>						
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 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>												
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☑)																		

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

振込先指定口座	<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☑ 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、公金受取口座を利用できません。									
	金融機関名称	(銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ())			(本店 支店 出張所 本所 支所)					
	預金種別	普通	口座番号(左づめ)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>						
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。									
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>									

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

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	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	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										()	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

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。

事業主が証明する事項	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	期間	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																																					
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																																					
事業主氏名												電話 ()																									

記入例

1	2	3	4	5																														
被保険者氏名 協会 花子																																		
【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。																																		
平成26年	2月	1日	5日	計																														
平成26年	3月	1日	9日	計																														
平成26年	4月	1日	9日	計																														
平成26年	5月	1日	9日	計																														
平成	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
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 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 checked="" 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	期間	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。																											
				~ 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																																		
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	〇〇 〇〇																		
事業所所在地 東京都千代田区△△1-1																																		
事業所名称 〇〇株式会社																																		
事業主氏名 健保 三郎												電話 03 () 〇〇〇〇																						

【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。

【添付書類】

・ 申請期間の賃金台帳および勤務表