

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

被保険者(申請者)情報	記号	—	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	—		<input type="checkbox"/> 昭和			
		(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名						
住所	(〒	—	)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

申請内容	1 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						
	2 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
	3 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								
	4 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
5 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	()		

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

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。

事業主が証明するところ	被保険者氏名											
	労務に服さなかった期間	年	月	日	から							
		年	月	日	まで	日間						
	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	賃金計算	締日	日	
					<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他			支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日	
					<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	全額支給の場合	年	月	日から	の分	金	円	円	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。		
		一部支給の場合	年	月	日から	の分	金	円	円			
		支給しない場合	年	月	日		金	円	円			
	上記のとおり相違ないことを証明する。											
	事業所所在地									担当者氏名		
	事業所名称									氏名		
	事業主氏名									電話	()	

【添付書類】

- ・ 申請期間の賃金台帳および勤務表

【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。
- 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。