

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号 番号	事業所の名称	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
	氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所 (〒 - )	都(道) 府(県)	電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )

申請内容	1 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
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	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 円 令和 年 月 日 まで
	5 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 [口座をお持ちの方はご協力ください]	金融機関コード		支店コード	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	口座番号		口座名義	(フリガナ)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ) 住所 (〒 - ) TEL ( )	住所 上記住所欄と同じ
			委任者と代理人との関係

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ左記「受取代理人の欄」へご記入ください。

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 医師・助産師 記入用」は2ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主 医師・助産師 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																																				
	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"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 歩合給		<input type="checkbox"/> 日給 <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														
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																																				
	手当																																				
	手当																																				
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 ( )																											

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	(単胎)	(多胎)	(児)	生産または死産の別	(生産)	(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 ( )																				