

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

手

被保険者(申請者)記入用

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 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
				<input type="checkbox"/> 平成		
	氏名	(フリガナ)				
住所	(〒 -) 都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	公金受取口座	<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☑を、利用しない場合は下記の欄を記入してください。)				
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/> 左づめで記入してください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入してください。)			口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	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			

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

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、備考欄へ記入してください。
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カード又は個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証又はパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産予定日と出産日を記入してください。	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)期間を記入してください。	令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで
5 出生児の数	<input 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
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)
	出生年月日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	<input 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します。	令和 年 月 日
医療施設所在地		
医療施設名称		
医師・助産師氏名	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

手

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及び賃金支払状況等を記入してください。

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。																																		
	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	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
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		賃金計算		締日		日																			
								<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		<input type="checkbox"/> 当月		日																	
								<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他						<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記入してください。																																			
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																												
	区分		支給額	支給額	支給額	支給額																													
	基本給																																		
	通勤手当																																		
	住宅手当																																		
	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。																		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																																			

◎給与規程及び就業規則の写し、賃金台帳及び出勤簿の写しを添付してください。

記入例

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及び賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名 測量 花子																																		
	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。																																		
	令和 2年 10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	出勤	有給
	令和 2年 10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 2年 10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 2年 10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 checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締日		末日																			
								<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		<input type="checkbox"/> 当月		15日																	
								<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他						<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記入してください。																																			
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	6月1日～ 6月30日分	7月1日～ 7月31日分	8月1日～ 8月31日分	9月1日～ 9月30日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																												
	区分		支給額	支給額	支給額	支給額	基本給計算方法 ①1000円×8時間×出勤6日 ＝48,000円 ①1200円×6日分 ②1000円×8時間×出勤9日 ＝72,000円 ①1200円×9日分 7月分、8月分は給与支給なし 通勤手当：1200円×出勤日と9月分の欠勤控除なし																												
	基本給	1,000	48,000	0	0	72,000																													
	通勤手当	20,000	20,000	0	0	20,000																													
	住宅手当																																		
	扶養手当																																		
	手当																																		
手当																																			
現物給与																																			
計			68,000	0	0	92,000																													
上記のとおり相違ないことを証明します。																		令和 2年 10月 20日		担当者氏名 佐藤 OA															
事業所所在地 東京都墨田区O-O-O																																			
事業所名称 O△株式会社																																			
事業主氏名 代表取締役社長 O△ 一郎																				電話 03 (0000) 0000															

【被保険者の方へ】

① 勤務先の事業主に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、空欄で提出してください。

【事業主の方へ】

② 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(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、公休の場合は公で、欠勤の場合は／で、表示してください。
〈必要な添付書類〉給与規程及び就業規則の写し、賃金台帳及び出勤簿の写し

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。
〈必要な添付書類〉時間給・日給等の雇用契約期間を定めている方は、申請期間にかかる「雇用契約書」の写し

④ 賃金計算の締日及び賃金の支払日を記入してください。

⑤ 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における賃金支給状況について記入してください。また、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

※4ヶ月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして「続紙」とし、「続紙」にも、証明等をしてください。支給した(する)賃金内訳については、超えている月を記入してください。