

健康保険 出産手当金支給申請書

(被保険者/医師・助産師記入用)

確認欄

この申請について、右記AまたはBの要件を確認して□に✓を入れてください。

- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)			提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)		
	住所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				資格取得年月日	昭和・平成 令和	年	月

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード																	
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座																

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係()			

申請内容	出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	出産年月日	平成 令和	年	月	日					
	出産のため休んだ期間(申請期間)	平成・令和					年	月	日	から	平成・令和	年	月	日	まで

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

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

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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	平成 令和	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。		
		平成 令和	年	月	日	まで	日間	日	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	被保険者の	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <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
	上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合		年	月	日	～	年	月	日	日間	円

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 ()

事業主のみなさまへ

申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。賃金が満額支給ではないものについては計算式を賃金台帳の空いているところまたは別紙にてご説明ください。

記入例

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と事業主の署名(サイン)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	健保 花子																		
	① 労務に服さなかった期間	平成 令和	元	年	5	月	1	日	から	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。								
		平成 令和	元	年	5	月	31	日	まで	31	日間	0	日	3	日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	被保険者の	④ 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()				⑤ 賃金計算	締日	末	日	支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月								
	⑥ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	基本給	元	年	5	月	1	日	～	元	年	5	月	1	日	3	日間	47,368	円	300,000 ÷ 19日 × 3日
		通勤手当	元	年	5	月	1	日	～	元	年	5	月	31	日	31	日間	20,000	円	欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 元 年 6 月 7 日

所在地 東京都渋谷区△△ 1-2-3

事業所名称 株式会社 ○○○○

事業主氏名 ○○ ○○

電話番号 △△(□□□□)××××

① 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)

② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。

③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。

④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。

⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。

⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。

また、賃金の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などをご記入ください。

(賃金台帳や別紙でご説明いただければ、この欄は未記入でも構いません。)

⑦ 証明日をご記入ください。未記入のものは受付することが出来ません。

※請求期間中の報酬に対し、翌月以降に控除している場合は、控除している月の賃金台帳の添付も必要です。

また、本人からの返金により調整している場合は、返金されたことのわかる書類(領収書など)の添付も必要です。