健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

被保険者・医療施設 記入用

【被保険者 記入欄】

※被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です
個人番号記載欄

被 保 険 者	被保険者等	記号	番号	提出年月日 令和 年 月 日	
	氏名 (生年月日)	(昭和・平成 年 月 日 才)		事業所名	
	住所	(Tel - -)			
申 請 内 容	出産予定日	令和 年 月 日 出産 予定	出生児数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)	
	出産日	令和 年 月 日 出産	生産・死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (週)	
	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	申請期間 区分	☐ 産前産後 ☐ 産前 ☐ 産後
振 込 指 定 口 座	☐ 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) ※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、代理人の公金受取口座は利用できません。				
	金融機関	銀行・信組 信金・農協		本店 支店・出張所	
	口座番号	☐ 普通 ☐ 当座	<input type="text"/>	口座名義 (カタカナ)	

【医師・助産師 証明欄】

出産者 氏名					
出産予定日	令和 年 月 日 出産 予定	出生児数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)		
出産日	令和 年 月 日 出産	生産・死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (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 所在地					
医療施設 名称					
医師・助産師 氏名		印	(Tel - -)		

健康保険組合 記入欄

資格取得日	年 月 日	支給 期間	自 年 月 日	合計	× =
出産予定日	R 年 月 日		至 年 月 日	日	
出産日	R 年 月 日	不支給 差額 期間	自 年 月 日	合計	支給額
報酬月額	年 月 千円		至 年 月 日	日	
手当金日額	円				

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

事業主 証明書

※申請期間にかかる「賃金台帳」「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

被保険者等	記号	番号	被保険者氏名																	
産前産後休暇により休んだ日に○をしてください。(期間中に有給がある場合は△をしてください。)															内 訳					
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日	有休	日	
年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤	日	公休	日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日	有休	日	
年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤	日	公休	日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日	有休	日	
年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤	日	公休	日
令和	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	出勤	日	有休	日	
年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	欠勤	日	公休	日
上記期間に給与を支給しましたか？	☐ はい		給与形態	☐ 月給		☐ 時間給		給与締日				日								
	☐ いいえ			☐ 日給		☐ 歩合制		給与支払日		☐ 当月		日								
				☐ 日給月給		☐ その他				☐ 翌月		日								
上記期間に給与を支給した場合は、内訳をご記入ください。										給与計算方法 (欠勤控除計算式等)										
支給した給与	期間	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	日額														
	内訳	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	日分														
	基本給																			
	資格手当																			
	家族手当																			
	通勤手当																			
	手当																			
	手当																			
現物給与 ()																				
総支給額																				
上記のとおり相違ないことを証明する。										令和 年 月 日										
事業所所在地																				
事業所名称																				
事業主氏名										(TEL — —)										

社会保険労務士 提出代行者氏名 (連絡先)	(TEL — —)
-----------------------------	------------