

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)

被保険者情報	健康保険の	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。		
	住 所	〒 ー 都・道 府・県			電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				提出委任	☐ 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✓)		

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通	・	当座
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号			
		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人			

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印	印	被保険者との関係 ()		

申請内容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	☐ 出産前の申請 ☐ 出産後の申請					
	出産前の申請のときは、「出産予定日」、出産後の申請のときは、「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	
	出産のため休んだ期間(申請期間) 注:申請期間を訂正した場合は、申請者の訂正印を必ず押印ください。	令和	年	月	日	から	日間
		令和	年	月	日	まで	
	出産のため休んだ期間(申請期間)に対する報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	☐ はい ☐ いいえ					
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった(なる)期間と報酬額をご記入ください。	令和	年	月	日	から	円
		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	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)						
	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	生産又は死産の別	☐ 生産 ☐ 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	印	電話番号	()						

注：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(健康保険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。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)

☐ 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。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

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	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。			
	令和 年 月 日 まで 日間					日	日	□はい □いいえ			
被保険者の	給与の種類	□月給 □日給(円) □時間給(円) □歩合給 □その他()				賃金計算		締日	日	支払日 □当月 □翌月 日	
添付した賃金台帳の報酬額(欠勤控除)計算方法 ※各報酬の計算式が同じ場合は、一行にまとめて記入可	報酬(手当等)名称	支 払 対 象 期 間					支給金額		当(翌)月払いの別		
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	当月・翌月		
	計算式										
	直近に支給した通勤手当について ※精算・払い戻しを行った場合は、精算・払戻証明書等を添付してください。	種 別	支 払 対 象 期 間					金額		払い戻し	
		電車・バス	年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	未・済	
		電車・バス	年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	未・済	
その他()		年 月 日 ~ 年 月 日					ヶ月日間	円	未・済		
支給がない場合その理由											
上記のとおり相違ないことを証明します。											
所在地					令和 年 月 日						
事業所名称					担当者名						
事業主氏名					電話番号 ()						