

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	-	②被保険者の 職種	事務員・作業員・その他()	
	③事業所名称				
	④被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ		⑤生年月日	
				昭和・平成 年 月 日	
	⑥被保険者の (申請者) 住 所	〒			
		電話 ()		/ 携帯 ()	
	⑦資格取得 年月日	平成・令和 年 月 日	⑧資格喪失 年月日	令和 年 月 日	
	⑨出産前後の別	出産前・出産後	⑩出産予定日	令和 年 月 日	
	⑪単胎又は多胎の別	単胎・多胎(児)	⑫出産した日	令和 年 月 日	
	⑬出産のために 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間 (ただし、 月 日から 月 日まで 出勤・有給 のため除く)			
	⑭上記期間中において給与の 支払を受けましたか。	ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない			
	⑮給与の支払受けたとき 又は受けられるときは その期間と金額	令和 年 月 日から 日間 円 令和 年 月 日まで			
	振込先	口座名義人の氏名	預金種別		銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店
		フリガナ	普通・当座		
			口座番号		
※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。					

※以下の欄は出産手当金の振込を代理人にする場合に記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する 権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	代理人の氏名	被保険者(申請者) との関係	
		フリガナ		
	被保険者(申請者)氏名	代理人の住所・電話番号		
		〒		
電話 ()				

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 (ただし、 月 日から 月 日まで 出勤・有給 のため除く)						
	上記期間に対して 賃金を支給しました(します)か?	・はい ・いいえ	給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他				
	はいの場合、支給した(する)賃金と欠勤控除の計算方法を下記に記入してください。							
	区分	期間	休業前の報酬(1ヶ月)		休業期間中の報酬		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。	賃金計算
			月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分	月 日～ 月 日分		
			支払日 /		支払日 /			
	基本給		円		円			締日
	通勤手当 (136ヶ月分・ヶ月分)		円		円			日
	手当		円		円			支払日
	手当		円		円			当月・翌月
手当		円		円			日	
計		円		円				
職場復帰の有無	ア. [欠勤中(証明日現在)] イ. [月 日から出勤] ウ. [月 日付で退職]							
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								
事業主氏名 電話番号 ()								

医師または助産師が証明するところ	出産予定年月日	令和 年 月 日	単胎または 多胎妊娠の別	単胎・多胎(人)
	出産年月日	令和 年 月 日		
	正常・異常 分娩の別	正常 ・ 異常	生産・死産の別	生産 死産(妊娠第 週)
	入院して出産した 時はその期間	令和 年 月 日まで 日間 令和 年 月 日まで	入院費用の別	健保 ・ 自費 公費 ・ その他
	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				
所在地・医療機関名は ゴム印でお願いします				
医療施設の名称				
医師・助産師名				
電 話 ()				

※注意事項

(被保険者)

- ・事業主の証明と病院の証明を受けてください。
- ・退職後の期間にかかる請求については、事業主の証明はありません。

(事業主)

- ・報酬の支払状況については、休業以前の1ヶ月分もご記入ください。
- ・なお、賃金台帳の写しを添付された場合は報酬の明細の記入は不要です。
- ・休業前1ヶ月と休業期間中の出勤簿のコピーを添付してください。