

健康保険 出産手当金支給申請書

必ず出産のために休んだ期間（申請期間）が過ぎてから書類を提出してください。  
 未来日の申請は手続きを行う事ができず、一旦書類を返却させていただくことがあります。

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	1234 - 56	②被保険者の 職種	事務員・作業員・その他（ ）	
	③事業所名称	株式会社〇〇運送			
	④被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ ケンホ ハナコ 健保 花子	⑤生年月日 昭和・平成 △年 1月 20日		
	⑥被保険者の (申請者) 住所	〒123 - 4567 大阪市城東区〇〇 電話 06 ( ) (〇〇) △△			
	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 12月 1日	
	⑪単胎又は多胎の別	単胎・多胎(児)	⑫出産した日	令和 ○年 12月 10日	
	⑬出産のために 休んだ期間	令和 ○年 10月 21日 から 令和 △年 2月 4日まで 107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	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 <input checked="" type="radio"/> 受けられない			
	⑮相手の支払ったこと 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			
	⑯振込先	口座名義人の氏名 フリガナ	預金種別 普通・当座	×× 銀行・信用金庫 農協・信用組合	
			口座番号	×× 支店	

産前と産後の2回に分けて申請することも可能です。

出産予定日の42日(多胎は98日)前から出産日の56日後までが対象期間となります。

※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。	代理人の氏名 フリガナ カブシキガイシャマルマルウソウ	被保険者(申請者) との関係
	令和 △年 ○月 ×日	株式会社〇〇運送	雇用主
	被保険者(申請者)氏名 健保 花子	代理人の住所・電話番号 〒123-4567 大阪市城東区△△ 電話 06 (〇〇) ××	

注)振込希望口座の名義人が被保険者以外の場合は、  
受取代理人の欄に記入が必要です。

出産のために会社を休んでいる期間を記入してください

労務に服さなかった期間の内、出勤や有給使用している期間があれば、記入してください。

労務に服さなかった期間	令和 ○ 年 10 月 21 日から 令和 △ 年 2 月 4 日まで 107 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 ・ <b>いいえ</b>	給与の種類	<b>月給</b> ・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。					
事業主が証明すること 支給した(する)賃金	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
	区分	9月21日~10月20日分	10月21日~11月20日分		
		支払日 11/10	支払日 12/10	基本給、通勤手当、住宅手当: 欠勤控除あり	締日
	基本給	220,000 円	60,000 円	基本給:満額 220,000 円÷22 日 ×6 日(出勤)=60,000 円 通勤:満額 13,200 円÷22 日 ×6 日(出勤)=3,600 円 住宅:満額 10,000 円÷22 日 ×6 日(出勤)=2,728 円 扶養手当:欠勤控除なし	20 日
	通勤手当 ①3ヶ月分・ヶ月分)	13,200 円	3,600 円		支払日
	住宅手当	10,000 円	2,728 円		当月(翌月)
	扶養手当	10,000 円	10,000 円		10 日
計	円	円			
帰りの有無	ア [欠勤中(現在 月 日)] イ.[ 月 日から出勤] ウ.[ 月 日付で退職]				
違わないことを証明します。 令和 △ 年 ○ 月 × 日				担当者氏名	〇〇
事業所所在地	大阪市城東区△△		注)併せて休業前1ヶ月と休業中の賃金台帳と出勤簿の写しを添付してください。 (休業月に賃金が支払われている場合、計算方法をお教えください)		
事業所名称	株式会社〇〇運送				
事業主氏名	代表者 貨物 一郎		電話番号	06 (〇〇) ××	

通勤手当を複数月分  
支給している場合  
(●月~○月分)等  
内訳を余白に記入願  
います。

## ※医師・助産師による証明欄

出産した医療機関にこの欄の記入を依頼してください

医師または助産師が証明すること	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 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	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・医療機関名は スタンプ印をお願いします	所在地 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。