

## 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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)	(押印不要)	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )
				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✓)

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・その他( )
	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		<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人	
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)			

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)	氏名	
		住所		
		氏名	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。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 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 平・令 年 月 日 出産日 平・令 年 月 日
	出産のため休んだ期間(申請期間)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで
	出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	平・令 年 月 日 から 円 平・令 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・令 年 月 日	出産年月日	平・令 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	( )	

\* 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、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

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(被保険者等記号・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・令	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・令	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	日
	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
			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 ( )									

記入例

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(令) ○	年	6	月	16	日	2 から	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(令) ○	年	7	月	15	日	まで 30 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	15 日	支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	25 日							
	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	○	年	6	月	16	日	～	○	年	7	月	15	日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20日 × 3日 (日額15,000円)
		通勤手当	○	年	4	月	1	日	～	○	年	9	月	30	日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし
住宅手当		○	年	6	月	16	日	～	○	年	7	月	15	日	30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	○	年	8	月	1	日					
所在地		東京都中央区△△ 1-2-3																
事業所名称		○○○○ 信用保証協会																
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。