

健康保険 出産手当金支給申請書 第 回

被保険者（申請者）が記入する欄	①	健康保険の 記号と番号	記 号	番 号	②	事業所名称										
	③	被保険者 (申請者)の氏名					④	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	⑤	被保険者 (申請者)の住所	〒					⑥	被保険者の 資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日			
			(日中の連絡先☎)				-	-								
	⑦	出 産 予 定 日	令和	年	月	日	※ 組合記入欄 自 令和 年 月 日									
	⑧	出 産 日	令和	年	月	日	至 令和 年 月 日 日間 ☐ 出勤簿・賃金台帳確認									
	⑨		出産のために休んだ期間 (申 請 期 間) ※公休日を含めて暦日で記入してください		令和	年	月	日	から	日間						
					令和	年	月	日	まで							
	⑩	振込口座	金融機関 名 称	フリガナ		フリガナ		普通 当座	口座 番号	右詰めで記入してください						
			銀行 労金 信金 農協 信組 漁協	本店 支店 出張所												
		金融機関コード			店番コード											
		口座名義 (カタカナ)								<⑩振込口座について> ・被保険者(申請者)名義の口座を記入してください ・代理人に委任する場合は、⑪委任状欄に記入のうえ代理人名義の口座を記入してください						
給付金に関する受領を代理人に委任する場合は委任状を記入してください																
⑪	委任状	私は本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 住 所 〒 被保険者 (申請者) 氏 名 ⑩														
		受取代理人の欄	代理人の住所	〒							委任者との関係 (○で囲んでください)					
			代理人の氏名								・雇用主 ・その他()					

健康保険 出産手当金支給申請書

事業主が証明する欄	⑫	健康保険の 記号と番号	記号	番号	⑬	被保険者の氏名						
	⑭	労務に服さな かった期間 ※公休日を含め て暦日で記入し てください	令和 年 月 日 から 日間					出勤	日			
			令和 年 月 日 まで					有給	日			
	申請時には必ず「出勤簿(写)」、「賃金台帳(写)」を添付してください											
	⑮	上記の期間に対して賃金を支給 しましたか？(○で囲んでください)	はい ⇒ ⑰に内訳を 記入ください	⑰ 賃金 計算	賃金締日 と支払日	締日	日	支払日	当月 翌月	日		
			いいえ		勤怠締日 と控除日	締日	日	控除日	当月 翌月	日		
	⑰	支給した賃金	報酬の名称	支給期間		支給期間		支給期間				
				月 日 から 月 日 まで	月 日 から 月 日 まで	月 日 から 月 日 まで						
				支給額		支給額		支給額				
			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
通勤手当			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
現物給与			☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円		☐ 全額支給 ☐ 一部支給 円					
計	円		円		円							
報酬が一部支給の場合(日割支給・ 欠勤控除)が行われている場合は算 出式を記入してください												
⑱	給与の種類 (○で囲んでください)	月給 ・ 日給月給 ・ 歩合給 ・ 日給		⑲	持株会奨励金制度を導入している場合、報 酬に含めていますか (○で囲んでください)	は い ⇒ 報酬となりますので 支給している場合⑰ に記入ください いいえ						
		時間給 ・ その他 ()										
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します					担当者氏名						
	⑳ 令和 年 月 日					連絡先TEL	- -					
	㉑は⑭「労務に服さなかった期間」の賃金支払日経過後に記入してください											
	事業所所在地 〒											
事業所名称												
事業主氏名												
社会保険労務士の 提出代行者												

健康保険 出産手当金支給申請書

3枚目
(3枚1組)

医師・助産師が記入する欄	②	出 産 者 氏 名			
	③	出産予定年月日	令和	年	月 日
	④	出 産 年 月 日	令和	年	月 日
	⑤	出 生 児 の 数 (○で囲んでください)	単胎 多胎 (児)		
	⑥	生産又は死産の別 (○で囲んでください)	生産 ・ 死産 (妊娠 週 日)		
	上記のとおり相違ありません。 ⑧ 証 明 日 令和 年 月 日 医療機関の所在地 〒 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話番号 - - ※不正受給防止の観点から医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)をご使用ください				