

出産手当金支給申請書 記入例

被保険者の方へ

1枚目 (3枚1組)

健康保険 出産手当金支給申請書 第 回

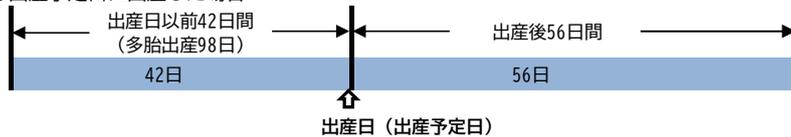
被保険者(申請者)が記入する欄	1	健康保険の記号と番号	記号 8888	番号 8888	② 事業所名称 株式会社〇〇〇	
	3	被保険者(申請者)の氏名	健保 花子		④ 被保険者の生年月日 昭和 平成 6年6月6日	
	5	被保険者(申請者)の住所	〒 999-9999 東京都〇〇区〇〇 (日中の連絡先) 000-0000-0000		⑥ 被保険者の資格取得日 昭和 平成 令和 28年4月1日	
	7	出産予定日	令和 5年5月6日	※ 組合記入欄 自 令和 年 月 日		
	8	出産日	令和 5年5月8日	至 令和 年 月 日 日間 <input type="checkbox"/> 出勤簿・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 5年3月26日 から	100 日間 令和 5年7月3日 まで		
	10	振込口座	金融機関名称 プリガナ 〇〇 〇〇 銀行 〇〇 〇〇 信金 〇〇 〇〇 信組 〇〇 〇〇	金融機関コード △△△	店番コード △△△	口座番号 右詰めで記入してください 8 8 8 8 8 8 8 8
	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 受取代理人の住所 〒 代理人の氏名			
	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					
	令和 年 月 日 受付印					

印刷製本包装機械健康保険組合

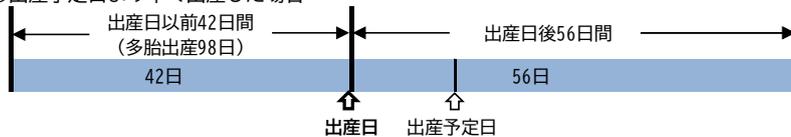
- 申請回数を記入してください
- 1 健康保険の記号と番号を記入してください
 - 5 組合から連絡する場合がありますので、日中連絡のつく電話番号を記入してください
 - 9 出産日以前42日(多胎出産の場合は98日)から出産後56日までの期間で労務に服さなかった期間(公休日含む)を記入してください
 - 9 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日(多胎出産の場合は98日)から出産後56日までの期間で労務に服さなかった期間(公休日含む)を記入してください ※下図参照
 - 10 振込口座は被保険者(申請者)名義の口座を記入してください
 - 10 ⑩委任状欄に記入をした場合は、代理人名義の口座を記入してください
 - 11 給付金に関する受領を代理人に委任する場合のみ記入してください
 - 11 なお、被保険者(申請者)の押印が必要です

【 9 出産のために休んだ期間(申請期間)について 】

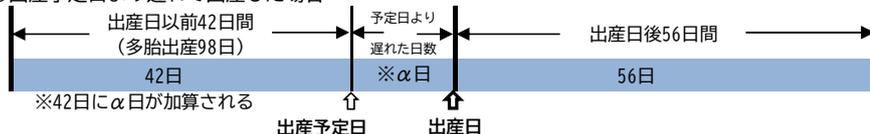
◎ 出産予定日に出産した場合



◎ 出産予定日より早く出産した場合



◎ 出産予定日より遅れて出産した場合



出産手当金支給申請書 記入例

事業主の方へ

		健康保険 出産手当金支給申請書		2枚目 (3枚1組)		
⑩	健康保険の 記号と番号	記号 8888	番号 8888	⑪ 被保険者の氏名 健保 花子		
	14 ⑭ 労務に服さな かった期間 <small>※公休日を含めて 暦日で記入してくだ さい</small>	令和 5 年 3 月 26 日 から 令和 5 年 7 月 3 日 まで 100 日間 <small>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</small>			出勤 0 日	
15	上記の期間に対して賃金を支給しま したか？(〇で囲んでください)	はい ⇒ ⑮に内訳を 記入ください	いいえ	16 賃金 計算	賃金締日 と支払日 締日 25 日 支払日 当月 末 日	
				動总締日 と控除日 締日 25 日 控除日 当月 末 日		
17 事業主が証明する欄	支給した 賃金	報酬の名称	支給期間 月 日 から 月 日 まで	支給額	支給期間 月 日 から 月 日 まで	
			支給額	円	支給期間 月 日 から 月 日 まで	支給額
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
			円	円	円	円
	計	円	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						
⑯	給与の種類 (〇で囲んでください)	月給 時間給 日給月給 歩合給 日給 その他 ()	⑰ 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 (〇で囲んでください)	はい ⇒ 報酬となりますので支給している場合に記入してください いいえ		
21	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 5 年 8 月 1 日 <small>⑱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</small>		担当者氏名	連絡先 ☎ 00 - 0000 - 0000		
⑲	事業所所在地	〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇〇〇		事業所名称	株式会社〇△□	
	事業主氏名	〇〇 〇〇〇				
社会保険労務士の 提出代行者						

- 14 被保険者が出産のため休んだ期間(被保険者の申請期間)を公休日を含めて記入してください
この期間、出勤や有給がある場合はその日数を記入してください
- 15 ⑭の期間に基本給のほか手当などの支給がある場合は「はい」を〇で囲んでください
- 16 賃金計算の締日及び支払日(動总締日と控除日)を記入してください
- 17 ⑮で「はい」とした場合、賃金計算期間における支給状況を記入してください
賃金の計算方法や欠勤控除の計算方法などを記入してください
欠勤控除日が翌月以降の場合は、欠勤控除をした月までの賃金台帳を添付してください
通勤手当について、当月以前に支給済みの場合は支給した月の賃金台帳を添付してください
- 21 ⑭の期間の賃金支払日経過後に記入をしてください

【添付書類】

賃金台帳と出勤簿の写し

【申請について】

出産手当金は、産前分・産後分など複数回に分けて申請することもできます
ただし、その申請期間の事業主の証明と添付書類(賃金台帳と出勤簿の写し)が必要
なお、医師または助産師の証明欄は、第1回目の申請書に証明を受けているため2回目以降の証明は省略可能です

出産手当金支給申請書 記入例

3枚目
(3枚1組)

健康保険 出産手当金支給申請書

医師・助産師が記入する欄	②	出産者氏名	健保 花子		
	③	出産予定年月日	令和	5	年 5 月 6 日
	④	出産年月日	令和	5	年 5 月 8 日
	⑤	出生児の数 (○で囲んでください)	⑤	単胎	(児)
	⑥	生産又は死産の別 (○で囲んでください)	⑥	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	5	年 5 月 30 日
	⑦	医療機関の所在地	〒	〇〇〇 - 〇〇〇〇	東京都〇〇〇区〇〇〇〇〇
		医療機関の名称	〇〇〇病院		
		医師・助産師の氏名	〇〇〇 〇〇		
		電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	※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				