

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る こ と を 委 任 状	① 被保険者の 記号と番号	記号 番号	② 被 保 険 者 (申請者) の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日														
	④ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。																
	⑤ 事 業 所 の 名 称																	
	⑥ 出 産 年 月 日	令和		年		月		日	⑦ 出 産 予 定 年 月 日	令和		年		月		日		
	⑧ 出 産 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	令和		年		月		日	から	日 数	⑨ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日	平成・令和		年		月		日
		令和		年		月		日	まで									
	⑩ 上記⑧の申請期間に報酬を 受けましたか。 または今後受けられますか。	☐ はい ☐ いいえ										⑪ 「はい」と答えた場合、その報酬 の額と、その報酬支払の基礎と なった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	【報酬額】 円				
	⑫ 振込希望口座	銀行・信組 支店 金庫・農協 出張所 (金融機関コード) (店番号) 預金種別 口座番号 フリガナ ☐ 普通 ☐ 当座 口座名義										令和 年 月 日提出 受付日付印 (健康保険組合使用欄)						
	◎ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、 下記の委任状へ記入してください。																	
	⑬ 委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ ☐ にチェックを入れてください。 ☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑫の記入は不要です) ☐ その他の受領代理人 住所 被保険者(申請者) 氏名 代理人住所 (〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。 フリガナ 代理人氏名																
社会保険労務士の 提出代行者の印																		

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、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。)

* 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインをしてください。

出産手当金支給申請書（2枚一組での申請になります。）

◎申請については、その期間にかかる出勤簿（写）、
及び賃金台帳（写）を添付してください。

2枚目

事業主が証明するところ	⑭	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	●給与締日と支払日を記入してください			
					締日	支払日	(当月・翌月)	
	⑮	上記の期間に対して、 賃金を支給しました（します）か？ ☐ はい →（※下記に内訳を記入してください。） ☐ いいえ				〔備考〕該当するものを○で囲んでください ●復職状況：育休中 / 復職（ 月 日） ●通勤手当：1か月 / 3か月 / 6か月 / 実費 / なし（ 円） ※通勤手当を精算されている場合は、その算出式を添付する賃金台帳（写）に記入してください。		
		報酬の名称	支給対象期間		支給額			
			月 日 ～ 月 日		円			
			月 日 ～ 月 日		円			
			月 日 ～ 月 日		円			
			月 日 ～ 月 日		円			
		支給・控除額の算出式						
	⑯	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 名称 事業主氏名 TEL ()				証明日 令和 年 月 日	担当者氏名	

医師または助産師が意見を記入するところ	⑰	出産者氏名						
	⑱	出産年月日	令和 年 月 日	⑲	出産予定年月日	令和 年 月 日		
	⑳	出生児の数	単胎・多胎 (児)	㉑	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)		
	㉒ 上記のとおり相違ありません。 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 TEL ()						証明日 令和 年 月 日	

- ・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、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。
- ・㉒医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただくことがあります。

備考	
----	--