

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等	記号	被保険者の氏名		ﾌﾘｶﾞﾅ	
	記 号 ・ 番 号	番号	及び生年月日		S・H 年 月 日	
	被 保 険 者 現 住 所	〒 TEL				
	この申請は出産前の申請ですか、出産後の申請ですか			☐ 出産前		☐ 出産後
	出産予定年月日	令和 年 月 日		出産年月日	令和 年 月 日	
	出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日まで				
	生産・死産の別	☐ 出産 ☐ 死産		単胎・多胎の別	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)	
	出産のために休んだ期間の分として報酬(賃金)の 支払を受けましたか、又は受けられますか			☐ 受けた	☐ 受けられる	☐ 受けられない
	報酬の支払を受けた又は受けられるときは その報酬の額と支払の基礎となった期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円	
	委任状	この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。 被保険者(請求者) 氏 名 住 所 代 理 会 社 氏 名				
振 込 口 座	☐ 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☑、利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、 <u>上記委任状で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。</u>					
	銀行 金庫・信組 農協・漁協	銀行コード	預金種別	普通 ・ 当座	[受付印]	
	口座番号					
	本店 ・ 支店	支店コード	名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ)			

- 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください。

組 合 使 用 欄	資 格 取 得 日	年 月 日	資 格 喪 失 日	年 月 日	
	法定支給対象期間	産前 年 月 日 ～ 産後 年 月 日			
	申 請 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	支 給 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	控 除 ・ 不 支 給 期 間		日数	控除額	理由
	①	年 月 日 ～ 年 月 日			
	②	年 月 日 ～ 年 月 日			
	支 給 期 間		日数	日額	法定給付額
	①	年 月 日 ～ 年 月 日			
	②	年 月 日 ～ 年 月 日			
給 付 判 定		支給	一部不支給	不支給	理由：

事業主が証明するところ	請求申請期間				令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 迄																																				
	報酬の支払形態				☐ 月給制 ☐ 日給制 ☐ 日給月給制 ☐ 時給制 ☐ その他 ()																																				
					締切日					毎月 [] 日締め										振込日					毎月 [] 日支払																
	勤務状態 (勤怠表の添付でも可)										出勤=○					有給=△					欠勤・無給=／										公休=公										
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31									
	報酬支給額				基本給			通勤手当			家族/扶養手当			住宅/家賃手当			手当			手当			手当			手当			手当												
	欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額 (月まで)				円			円			円			円			円			円			円			円			円												
欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額 (月まで)				円			円			円			円			円			円			円			円			円													
以下、請求期間中の実報酬支給額 (報酬が発生していない場合は基本給欄に0円と記入ください)																																									
月分	月 日から		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
	月 日まで		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
月分	月 日から		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
	月 日まで		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
月分	月 日から		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
	月 日まで		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
月分	月 日から		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
	月 日まで		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
月分	月 日から		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
	月 日まで		円			円			円			円			円			円			円			円			円														
備考																																									
上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話																																									
医師又は助産師が証明するところ	出産予定年月日				令和 年 月 日										出産年月日										令和 年 月 日																
	生産・死産の別				☐ 出産 ☐ 死産 (妊娠第 週または 日)										単胎・多胎の別										☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)																
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 名 称 医 師 又 は 助 産 師 電 話																																								