

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)										
	氏名	(フリガナ)							生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	住 所	〒 ー 都・道 府・県												
	事業所名称								電話番号 (日中の連絡先)	()				
								提出委任	☐ 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()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

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)	住所	
			氏名	被保険者との関係()

申請内容	出産前の申請のときは、「出産予定日」を 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) 注:申請期間を訂正した場合は、申請者の氏名(サイン)を 必ずご記入ください。	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。	☐ はい ☐ 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	

*ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

「被保険者記入欄」、「事業主が証明するところ」、「医師・助産師記入欄」に記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。

必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

受付日付印

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 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	☐ はい ☐ いいえ		
	被保険者の	給与の種類	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()				賃金計算	締日	日	支払日	☐ 当月 ☐ 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 ()												

事業主のみなさまへ 申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名												
	出産予定年月日	平・令	年	月	日								
	出産年月日	平・令	年	月	日								
	出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)											
	生産又は死産の別	☐ 生産 ☐ 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 ()													

※証明欄(出産手当金支給申請書の事業主及び医師・助産師証明欄)の訂正については、
証明者の訂正であると確認できない場合(改ざんの可能性)も想定されます。
そのため、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。