

出産手当金支給申請書 記入例

パッケージ工業健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

保 険 者 情 報	1 被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 654321	2 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) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	住 所	〒10-0000 東京 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 マンション × × × 号	電話番号 (日中の連絡先)	090 (1234) 〇〇〇〇
	事業所名称	(株)〇〇〇〇	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	〇〇〇〇 (組合・金庫・信託 基協・その他)	預金種別	普通・当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ ハナコ (支店・本店・出張所 その他)	口座番号	1234567
		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人	

委 任 状	4 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
		氏名		
		代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係 ()	

申 請 内 容	5 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 9 月 20 日
		出産日	平・令 ○ 年 9 月 15 日
	6 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 8 月 5 日 から 98 日間 平・令 ○ 年 11 月 10 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

パッケージ工業健康保険組合

(令6.12)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

1 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル
(資格情報画面)」にてご確認ください。

2 1の被保険者等記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。

3 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
(住所、振込先口座も同様です。)

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。

4 なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票
など)の添付が必要となります。

5 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。

5 出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。

申請期間をご記入ください。

▶ この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。

6 (産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、
その都度必要となります。)

▶ 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前42日から出産日以後56日目までの期間
を限度として申請することができます。(42日+α+56日)

注:この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ☒ を付けてください。

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。

記入例 | 出産手当金 支給申請書 事業主証明欄

パッケージ工業健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保 花子				
① 労務に服さな った期間	平(令) 〇 年 8 月 5 日 から	② 出勤	有給	③ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。	
	平(令) 〇 年 11 月 10 日 まで 98 日間	0 日	3 日	☒ はい ☐ いいえ	
被保険者の	④ 給与の種類	☒ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ 歩合給 ☐ その他()		⑤ 賃金計算	締日 15 日 支払日 ☒ 当月 ☐ 翌月 25 日
⑥ 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	基本給	〇 年 8 月 5 日 ~ 〇 年 8 月 7 日	3 日間	45,000 円	300,000 ÷ 20 日 × 3 日 (日額15,000円)
	通勤手当	〇 年 7 月 16 日 ~ 〇 年 1 月 15 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし
	住宅手当	〇 年 7 月 16 日 ~ 〇 年 8 月 15 日	31日間	20,000円	欠勤控除なし
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 12 月 10 日					
所在地 東京都墨田区△△ 1-2-3					
事業所名称 ○○○○ 株式会社					
事業主氏名 ○○ ○○  電話番号 △△(□□□□) × × × ×					

事業主のみなさへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

- ① 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ② ①の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。
- ③ ①の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- ④ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。
- ⑤ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。
- ⑥ ③で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。