

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			電話番号 (日中の連絡先)	()				
	事業所名称				提出委任	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)				

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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	被保険者の	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()				賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)												
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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。