

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		③被保険者の生年月日		④資格取得年月日	
	①	②	昭 平	年 月 日	昭 平 令	年 月 日
	⑤被保険者（申請者の氏名と印） （フリガナ）			⑥事業所の名称		法人の役員ですか
	⑦被保険者（申請者）の住所・電話番号			いいえ ・ はい		
				被保険者の業務の種類（退職している場合は在職中の業務の種類）		
	（相続人からの請求の場合・被保険者氏名： ）					
	郵便 番号	—		電話 （ ）		
	⑧ 分娩年月日		⑨ 分娩予定年月日		⑩ 単胎・多胎の別	
	平 令	年 月 日	平 令	年 月 日	☐ 単胎 ☐ 多胎	
	⑪ 請 求 期 間 （分娩のため休んだ期間）		年 月 日から 年 月 日まで		左に書いた 期間中に報 酬を受けま したか	・全部受けた・全部受けられる ・一部受けた・一部受けられる ・受けられない

振 込 口 座	銀行等に振込みを希望する場合		口座預金種別		預金口座名義人の氏名
	銀行 店 金庫 支店 組合 出張所 農協		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		
			預金口座番号		

※在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。
↓ 受取代理人の欄に記入・捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本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。		代理人の氏名・印		被保険者（申請者）との関係
	令和 年 月 日		⑦		
	被保険者（申請者）		代理人の住所・電話番号		
	住所		電話 （ ）		

社会保険労務士氏名・印 ⑦

※請求時は請求期間と、その期間前1ヶ月分の出勤簿、賃金台帳(共に写し)を添付してください。

必要事項を記入し、□箇所は✓してください。実際の報酬支払額の欄は記載漏れのないようにしてください。

事業主が証明するところ	⑭ ⑪の期間のうち、労務に服さなかった期間		⑮現在の状況		⑯その期間中に報酬を支給しましたか				
	年 月 日から	日間	☐ 欠勤中 ☐ 月 日から出勤 ☐ 月 日付で退職		☐ 全部支給した ☐ 全部支給する ☐ 一部支給した ☐ 一部支給する ☐ 支給しない				
	年 月 日まで								
	⑰報酬の支給形態		⑱報酬の締切日・支払日		⑲欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)				
	☐ 月給 ☐ 日給月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ その他()		(締切日) (支払日) ☐ 当月 ☐ 翌月 ☐ 当月 ☐ 翌月 ☐ 日締 ☐ 日払		●基本給は ☐ 控除しない ☐ 控除する(欠勤1日につき) ●諸手当は ☐ 控除しない ☐ 控除する(欠勤1日につき) ●その他()				
	⑳ ⑭の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください								
			基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当	
	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	
	実際の報酬支払額	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
			年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
月分		年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
月分		年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
月分		年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /		
	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円		
㉑ うえのとおり相違ありません。									
事業所の所在地 令和 年 月 日 事業所の名称 事業主氏名・印									
⑩ 電話 ()									

医師又は助産師が証明するところ	㉒ 分娩年月日		㉓ 分娩予定年月日		㉔ 生産・死産の別		㉕ 単胎・多胎の別	
	平・令	年 月 日	平・令	年 月 日	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠第 週又は第 月)		☐ 単胎 ☐ 多胎	
	上記のとおり相違ありません。医療機関所在地							
	令和 年 月 日 医療機関の名称 医師又は助産師の氏名・印 電 話							