

## 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	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー		電話番号 (日中の連絡先)	( )

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			
公金受取口座	□ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委 任 状	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

申 請 内 容	今回の出産手当金の申請は、 出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	□ 出産前の申請 □ 出産後の申請
	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 令和 年 月 日 出産日 令和 年 月 日
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 日間 令和 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。	令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで	

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。

受付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、  
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等

事業主が証明するところ	被保険者氏名										
	労務に服さなかった期間	令和 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。						
		令和 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 又は一部を 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				
		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

労務に服さなかった期間にかかる「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。  
また、賃金の支給状況がわかるよう、各種手当の内訳や欠勤控除計算方法などを追記してください。  
なお、審査状況により、追加の書類をお願いする場合がございます。

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	令和 年 月 日									
	出産年月日	令和 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 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 ( )											

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。