

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3	7 8 9		
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 2 0 7 1 5
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 )	東京 都 道 府 県	〇〇区〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XXX ( XXXX ) XXXX				

振込先指定口座(※)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。													
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座									
	口座番号	左づめでご記入ください。			口座名義 (カタカナ)									
▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。														
<table border="1"> <tr> <td></td> </tr> </table>														口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。					令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				委任者と 代理人との 関係
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	口座名義が申請者本人であれば 記入不要			
氏名						

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 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。	2	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 6 年 12 月 25 日	
		出産日	令和 6 年 12 月 20 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 11 月 9 日 から 令和 7 年 2 月 14 日 まで	98	日間
	4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1	1. はい 2. いいえ	
	5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	令和 6 年 11 月 9 日 から 令和 6 年 11 月 31 日 まで	10,000	円
6 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 ( )	児	

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	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎 ( )	児	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する	令和 年 月 日								
	医療施設の所在地	※担当医師・助産師が記入・証明する欄								
	医療施設の名称									
医師・助産師の氏名	TEL ( )									

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

**被保険者氏名**

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?  はい  いいえ

給与の種類  月給  時間給  日給  歩合給  日給月給  その他

賃金計算 締日 支払日  当月  翌月

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳	期間	単価	~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
	区分		支給額	支給額	支給額	
	基本給					
	通勤手当					
	住居手当					
	扶養手当					
	手当					
現物給与計						

※事業所が記入・証明する欄

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 担当者氏名

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )

## 記入例

1 2 3 4 5

被保険者氏名 協会 花子

【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

平成26年	2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	出勤	有給	
平成26年	3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日	
平成26年	4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日	
平成26年	5月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日	
平成	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?  はい  いいえ

給与の種類  時間給  月給  日給  歩合給  日給月給  その他

賃金計算 締日 支払日  当月  翌月

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

期間	単価	2月1日 ~ 2月28日分	5月1日 ~ 5月31日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給計算方法 @1,000円×8時間×5日 =40,000円 @1,000円×8時間×9日 =72,000円
区分		支給額	支給額	支給額	
基本給	1,000	40,000	72,000		
通勤手当	20,000	20,000	20,000		
住居手当					
扶養手当					
手当					
現物給与計					

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成26年 6月 16日 担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1  
事業所名称 ○○株式会社  
事業主氏名 健保 三郎 電話 03 (○○○○) ○○○○

### 【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

### 【事業主の方へ】

2 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金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等をご記入ください。