

健康保険出産手当金支給申請書

1 2 3

被保険者記入用

被 保 険 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下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	9 8 7 6	1 1 1		
	氏名	(フリガナ) ケンボ アキコ 健保 秋子	生年 月 日	元号 平成	年 0 5 0 3 2 3 月 日
	住所	(〒 000 - 0000) 愛知 都(道)府(県) 〇〇〇市〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション 〇〇〇
出産手当金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	

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。) <small>注1) 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。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。</small>				
	※在职期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。				
	金融機関名・店舗名	農業協同組合			本店 支店
	金融機関コード ・店番号		口座 種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号
口座名義 (カタカナ)	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文字としてご記入ください。			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者	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。		年 月 日
		氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)		

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)	
--	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

健康保険出産手当金支給申請書

被保険者・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、出生前の申請ですか、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。	元号 年 月 日 出産予定日 令和 04 11 28
	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	元号 年 月 日 令和 04 10 18 から 元号 年 月 日 令和 05 01 26 まで 101 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。又は今後受けられますか。	2 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。	元号 年 月 日 から 元号 年 月 日 まで 円
	6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)

医師・助産師記入欄	出産者氏名	健保 秋子		
	出産予定年月日	令和 4 年 11 月 28 日	出産年月日	令和 4 年 12 月 1 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産又は死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 4 年 12 月 2 日	
	〒 000 - 0000			
	医療施設の所在地	愛知県〇〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		
	医療施設の名称	〇〇〇病院 産婦人科		
医師・助産師の氏名	医師 〇〇 〇〇	TEL	000 (000) 0000	

「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

事業主記入用

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 秋子															
	証明期間	元号	年	月	日	元号	年	月	日	から	元号	年	月	日	まで	日間	
	上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か。 <input checked="" type="checkbox"/> 2 1. はい 2. いいえ																
	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時間給	<input type="checkbox"/> その他（ ）									
賃金計算	締日	<input type="checkbox"/> 末	日	支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	<input type="checkbox"/> 15	日									
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。																	
証明するところ	支給した（する）賃金内訳	期間	10月1日～	月 日～	月 日～	賃金計算方法（次動控除計算方法等）についてご記入ください。											
		区分	10月17日分	月 日分	月 日分		支給額	支給額	支給額								
	基本給	280,000	153,549				10月分 $(280,000 + 20,000) \times 17 \div 31 = 164,516$										
	通勤手当	20,000	10,967														
	住居手当																
	扶養手当																
	手当																
	手当																
現物給与																	
計		164,516															
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 5 年 2 月 1 日 担当者氏名 ○○ ○○																	
〒 000 - 0000 事業所所在地 愛知県○○市○○町○丁目○番○号 事業所名称 ○○○農業協同組合 事業主氏名 代表理事組合長 ○○ ○○ 電話番号 000 (000) 0000																	

※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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。