

# 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	被保険者証の (右づめ)	記号 9 8 7 6	番号 1 1 1	生年月日 元号 年 月 日 平成 0 3 1 1 2 3
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ アキコ	健保 秋子	印
	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

※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名・店舗名	農業協同組合		本店
	金融機関コード ・店番号		口座種別	支店
	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。		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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・印	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ( )	委任者と 代理人との 関係

「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 平成 29 03 31 元号 年 月 日 出産日 平成 29 04 02
	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	元号 年 月 日 から 日間 平成 29 02 18 から 100 日間 元号 年 月 日 まで 平成 29 05 28 まで
	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	平成 29 年 3 月 31 日	出産年月日	平成 29 年 4 月 2 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。		平成 29 年 4 月 10 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	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。										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。											
支給した（する）賃金内訳	期間	2月1日～	月 日～	月 日～	賃金計算方法（次勤控除計算方法等） についてご記入ください。						
	区分	単価	2月17日分	月 日分		月 日分					
	基本給	280,000	170,000	支給額		支給額					
	通勤手当	20,000	12,143	支給額		支給額					
	住居手当			支給額		支給額					
	扶養手当			支給額		支給額					
	手当			支給額		支給額					
	手当			支給額		支給額					
現物給与			支給額	支給額							
計		182,143			2月分 $(280,000 + 20,000) \times 17 \div 28 = 182,143$						
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 29 年 5 月 29 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											

