

# 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 [ ][ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ][ ]	生年月日 元号 [ ][ ] 年 [ ][ ] 月 [ ][ ] 日		
	氏名・印	(フリガナ) _____			※押印省略不可	
	住所	(〒 - )			都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	( )				
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 type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	

※在职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				
	金融機関コード ・店番号	[ ][ ][ ][ ]	口座 種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 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・押印ください。(押印省略不可)

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	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(申請者)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	
		氏名・印			

「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	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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 出産予定日	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 出 産 日
請	3 出産のため休んだ期間（申請期間）	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 まで
内	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 から	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 まで
容	6 出生児の数	<input 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	年	月	日	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎    (    児 )	生産又は死産の別	<input 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。		年	月	日
	医療施設の所在地	〒 -			
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名	<input type="text"/> (印)		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

事業主記入用

事業主が証明するところ	被保険者氏名																													
	証明期間	元号			年			月			日	元号			年			月			日	から				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 type="checkbox"/>		1. はい				2. いいえ																				
	給与の種類	<input 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				日		支払日				当月				翌月				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	単価	月 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		月 日分		月 日分		月 日分														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																												
		手当																												
		現物給与																												
計																														
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 担当者氏名																														
〒 - 事業所所在地 事業所名称 <span style="float: right;">印</span> 事業主氏名 <span style="float: right;">電話番号 ( )</span>																														