

決定年月日	平成 年 月 日
支給年月日	平成 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 平成 年 月 日
	至 平成 年 月 日
	日間

理事長	常務理事	事務長			
資格取得日	昭和・平成 年 月 日				
資格喪失日	平成 年 月 日				
不支給理由	全部・一部		日間		
	平成 年 月 日		～ 平成 年 月 日		
理由					

健康保険 出産手当金支給申請書(第 回目)

● 被保険者が記入する欄 ※ マイナンバーで申請する場合は、備考欄に記入下さい。被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

被保険者証の記号		被保険者証の番号		事業所名	
被保険者名	Ⓜ			生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成
住所	〒 -				
電話番号	() -	備考			
出産前の申請ですか、出産後の申請ですか	出産前の申請・出産後の申請		出生児の数	単胎・多胎 (児)	
上記で「出産前の申請」の場合は出産予定日を、「出産後の申請」の場合は出産予定日と出産日を記入下さい。			出産予定日	平成	年 月 日
			出産日	平成	年 月 日
出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	日数	日間
出産のために休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、または今後受けることができますか。(はいと回答された場合は期間・支給額等を記入下さい)	はい・いいえ	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日
		一部支給・全額支給		円	

● 振込先指定口座 (給付金の支給を代理人に委任する場合と退職後に支給を受ける場合は記入下さい。)

振込先口座及び名義	金融機関名・支店名	銀行・金庫・信組・農協・漁協・その他()		本店・支店・出張所・本所・支所	
	口座名義 (フリガナ) (氏名)	預金種別	普通・当座 他()	口座番号	

● 受取代理人に委任する場合

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。			平成 年 月 日
被保険者名	Ⓜ	委任者と代理人との関係	
代理人氏名	Ⓜ	代理人の電話番号	() -
代理人の住所	〒 -		

・勤務先に事業主が証明する欄の証明を受けてください。資格喪失日以後の期間に関する申請については空欄で提出下さい。

● 事業主が証明する欄

被保険者氏名			備考																														
勤務状況	【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。					出勤日数	有給日数																										
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	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	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	日	日
上記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・日給・日給月給・時間給・歩合給・その他()																													
賃金計算	締日	日	支払日	当月・翌月	日	上記期間中の報酬関係	全額支給・一部支給・不支給																										
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を記入下さい。																																	
支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日		月 日 ~ 月 日		賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入下さい																									
		支給額		支給額		支給額																											
基本給																																	
通勤手当																																	
手当																																	
手当																																	
現物給与																																	
計																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日		担当者氏名																													
事業所所在地																																	
事業所名称																																	
事業主氏名																																	

● 医師・助産師が意見を記入する欄

出産者氏名			備考			
出産予定日	平成	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎(児)
出産日	平成	年	月	日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日				
所在地						
医療機関 名称						
医師氏名				☐ 電話番号 () -		

(事業主の記入上の注意)

受付印

1. 原則として報酬の支払いが完了した月を含めた期間から請求されるようご指導ください。
2. 労務に服さなかった日や、報酬の支払い状況などは、出勤簿並びに賃金台帳により確実に記入下さい。
3. 勤務日報、給与支払台帳のコピーを添付して下さい。