

健康 保 使 用 欄	支払額	款 項 目			百 万	拾 万	万	千	百	拾	円	資格取得日	年	月	日					
		3	1	11								¥	資格喪失日	年	月	日				
													同年月日	年	月	日				
													支払年月日	年	月	日				
	出 産 日 支 給 期 間 標 準 報 酬 月 額												年	月	日	年	月	日	日間	:
												年	月	日	年	月	日	日間	:	千円

健康保険出産手当金申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号番号	(記号)	(番号)	②事業所名					
	③被保険者 (申請者)の 氏名・印	④被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日			⑤被保険者 (申請者)の住所 〒 _____ 電話 ()				
	⑤被保険者 (申請者)の住所								
	⑥資格取得日	昭和 平成 年 月 日	⑦標準報酬月額	千円					
	⑧出産予定日	平成 年 月 日	⑨出産日	平成 年 月 日					
	⑩出産の ため休んだ 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで							日間
	⑪上記期間分の報酬を	受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない							
	報酬を受けたとき又は 受けられるときは その期間及び報酬額	平成 年 月 日から	日間分として						
		平成 年 月 日まで	円						
	⑫出産した 医療施設 などの	名 称							
		所在地							

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

必ずご記入ください									
⑬支払希望の銀行	銀行コード (4ケタ)	銀行 信用金庫 農協			支店コード (3ケタ)	支店		普通・当座 (○をつけてください)	
	口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします			口座名義	カタカナで記入してください			

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	
	平成 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名 (印)
	代理人	住所 氏名 (印)

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

◎労務に服することができなかった期間を含む出勤簿(タイムカード)写と賃金台帳の写を必ず添付してください

◀被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明を行う必要はありません。

|                                                             |                                                         |                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|
| 事業主                                                         | 労務に服さなかった期間                                             | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで                                         | 日間                                                                                                                            |                                                                                   |                                                           |      |
|                                                             | 所定休日(該当曜日に○)                                            | 月・火・水・木・金・土・日・祝<br>シフト制のため不定期(不定期の場合は出勤簿【写】に所定休日がかかるように記入してください) |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |
| 証明                                                          | 上記の期間に対して賃金(通勤手当を含む)を支給しました(します)か?                      | <input type="checkbox"/> はい                                      | 給与の種類<br><input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給月給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 | 給与締日と支給日<br>締日 日<br>支給日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 日 |                                                           |      |
|                                                             |                                                         | <input type="checkbox"/> いいえ                                     |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |
| 証明欄                                                         | 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下欄に記入してください                 |                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |
|                                                             | 給与項目                                                    | 給与の基礎となる期間                                                       | 左記の期間における規定金額                                                                                                                 | 労務に服さなかった期間に支給した金額                                                                | 賃金計算方法<br>(労務に服さなかった期間に支給した金額の計算根拠、欠勤控除計算方法等)について記入してください | ※支給日 |
|                                                             | 基本給                                                     | / ~ /                                                            | 円                                                                                                                             | 円                                                                                 |                                                           |      |
|                                                             |                                                         | / ~ /                                                            | 円                                                                                                                             | 円                                                                                 |                                                           |      |
|                                                             | 手当                                                      | / ~ /                                                            | 円                                                                                                                             | 円                                                                                 |                                                           |      |
|                                                             |                                                         | / ~ /                                                            | 円                                                                                                                             | 円                                                                                 |                                                           |      |
|                                                             | 手当                                                      | / ~ /                                                            | 円                                                                                                                             | 円                                                                                 |                                                           |      |
| / ~ /                                                       |                                                         | 円                                                                | 円                                                                                                                             |                                                                                   |                                                           |      |
| 通勤手当の支給の有無                                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | ありの場合の期間・金額                                                      | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 円                                                                                                         |                                                                                   |                                                           |      |
| 通勤手当ありの場合、精算の有無と、期間、金額                                      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |                                                                  | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 円                                                                                                         |                                                                                   |                                                           |      |
| ※手当等の支給日が上記給与の支給日と異なる日の場合のみ記入してください                         |                                                         |                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします。<br>平成 年 月 日<br>住所<br>事業所 名称<br>氏名 (印) |                                                         |                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                   |                                                           |      |

|                  |                                                                                     |           |           |           |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 医師または助産師が意見かくところ | 出産者氏名                                                                               |           |           |           |
|                  | 出産予定年月日                                                                             | 平成 年 月 日  | 出産年月日     | 平成 年 月 日  |
|                  | 出生児の数                                                                               | 単胎・多胎( 児) | 生産または死産の別 | 生産・死産( 週) |
|                  | 上記のとおり相違ないことを証明いたします。<br>平成 年 月 日<br>医療施設の所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名 (印)<br>電話 ( ) |           |           |           |

医師または助産師への注意事項

※死産を丸でかこんだ場合又は妊娠幾箇週であるか付記してください