

# 健康保険出産手当金支給申請書(第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	㉞ 被 保 険 者 証 の		㉟ 被 保 険 者 の 生 年 月 日			
	記 号	番 号	昭 和 平 成	年	月	日
	0000	00000	0	0	0	0
	(フリガナ) ケンポ アイコ		昭 和 平 成			
被 保 険 者 (申請者)の 氏 名		健 保 愛 子		被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 年 月 日		
㉞ 被 保 険 者 (申請者)の 住 所		〒 000-0000		00 年 00 月 00 日		
〇〇 都 道 府 県		〇〇市〇〇町1-1		電 話 000 ( 000 ) 0000		
㉞ 勤 務 し て い る (し て い た) 事 業 所 名		〇〇株式会社				
㉞ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。			<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請			
㉞ 上記㉞で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。			出 産 予 定 日		令 和 年 月 日	
㉞ 出産のため休んだ期間 (申請期間)			令 和 00 年 00 月 00 日 から		00 日間	
令 和 00 年 00 月 00 日 まで						
㉞ 上記㉞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。または今後受けられますか。			<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない			
㉞ 上記㉞で「受けた」(今後受ける)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)期間を記入してください。			令 和 00 年 00 月 00 日 から		令 和 00 年 00 月 00 日 まで	
			18,200 円			
備 考						

㉞ 委任状	出産手当金の受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名 健保 愛子	㉞ に委任します。 健保
-------	--	-----------------

公金受取口座		<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☑、しない場合は下記の欄を記入。)					
㉞ 退職者用 振込先	銀行名	銀行・農協 金庫・信組		本店 支店	種 別	普通 ・ 当座	通帳番号
	口座名義	(フリガナ)					

個人番号記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※保険証の記号番号を記入した場合は不要

令和 年 月 日 提出

受付日印

支払日印

労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	㊦ 勤務状況 (出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)											出勤	有給																							
	2年4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	㉜	計	5日	-日
	2年5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	計	-日	-日	
	2年6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	計	-日	-日	
	2年7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	計	-日	-日	
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	計	日	日		
証明するところ	㊧ 労務に服することができなかつた期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input checked="" type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ											給与の種類 (○で囲んでください)		賃金計算																						
	㊨ 労務に服することができなかつ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。											月給	日給	日給月給	時間給	歩合給	その他	締日	末日																	
証明するところ	期間	単価	4月1日 ~ 4月30日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	●賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) について記入してください。																														
	区分		支給額	支給額	支給額	欠勤控除 (基本給)																														
	基本給	210,000	35,000			210,000 ÷ 30日 × 25日 = 175,000円																														
	通勤手当	21,000	21,000																																	
	住居手当																																			
	扶養手当																																			
	手当																																			
現物給与																																				
計	231,000	56,000																																		
証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 00年 00月 00日											担当者氏名	○○ ○○																							
証明するところ	㊩ 事業所所在地 千葉県千葉市中央区△△2-2																																			
	事業所名称 ○○株式会社																																			
	事業主氏名 機械 次郎											電話 000 ( 000 ) 0000																								

「初回申請分」には、労務に服することができなかつた期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿 (タイムカード) の写しを添付してください。

医師または助産師が意見を記入するところ	出産者氏名											
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 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 (妊娠 週)								
	入院して分べんしたときはその期間	令和 年 月 日 から	日間	令和 年 月 日 まで								
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日											
医療機関の所在地												
医療機関の名称												
医師・助産師の氏名											電話 ( )	

## 【記入上の注意】

1. 記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と㊦の方の氏名（サイン）を記入してください。修正液等は使用しないでください。
2. 出産手当金は、被保険者が分べんのため事業所の勤務を休み賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの日（分べん日が分べん予定日より遅れた場合においては、分べん予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては70日）目から分べんの日後56日目までの間において労務に服さなかった期間が対象になります。  
なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
3. ㊩欄の給付金受領代理人印は、届出印を使用してください。
4. 退職後に請求する方で、受領委任を希望されない方は、㊪欄を記入してください。
5. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。

被保険者証	記号	0000	番号	0000
氏名	(フリガナ)	ケンボ アイコ		生年月日
		健保 愛子		昭和 平成 00年 00月 00日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12ヶ月の間に、勤務先に変更があった場合は、各勤務先の名称、住所および使用されていた期間をご記入ください。ただし、勤務先が変わったことに伴い、保険者(全国健康保険協会または健康保険組合のことを言います。)も変わった場合は除きます。

①	会社名	(フリガナ) カブシキガイシャ〇〇〇〇
		株式会社〇〇〇〇
	所在地	〒 000 - 0000 〇〇 都道 府県 〇〇市〇〇町1-1-1
	使用されていた期間	00年 00月 00日 ~ 00年 00月 00日

②	会社名	(フリガナ)
	所在地	〒 - 都道 府県
	使用されていた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

③	会社名	(フリガナ)
	所在地	〒 - 都道 府県
	使用されていた期間	年 月 日 ~ 年 月 日

傷病手当金(出産手当金)の申請期間の初日の属する月を含む12ヶ月の間に、加入していた健康保険組合に合併、分割または解散が生じた場合は、各健康保険組合の名称およびその加入期間をご記入ください。

①	健康保険組合の名称	
	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日

②	健康保険組合の名称	
	加入期間	年 月 日 ~ 年 月 日