

# 健康保険 出産手当金支給申請書

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。

- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。  
B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

## 被保険者記入欄

## 出産手当金2-1

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の現住所	〒 -		日中連絡の取れる電話番号 TEL ( )	
③ 個人番号 (マイナンバー)	(*①欄/記号番号記入の場合は、不要です)		④ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑤ 出産日	令和 年 月 日	⑥ 出産予定日	令和 年 月 日	
⑦ 出産のため 休んだ期間 (請求期間)	(請求期間経過後、給与締切日以降にご請求ください。) 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで ( ) 日間			
⑧ 上記期間中に報酬をうけましたか	<input type="checkbox"/> 受けた( 年度 月分 円) <input type="checkbox"/> 受けていない			
⑨ 振込先指定口座	<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✓。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	銀行・金庫	(店番号) (店名) 本店 支店	受取代理人の欄 本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。 被保険者(請求者) (住所) (氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他( ) 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
	口座名義	(カタカナでご記入ください)		

## 医師または助産師証明欄

⑩ 出産日	令和 年 月 日	⑪ 出産予定日	令和 年 月 日
⑫ 正常出産または 異常出産の別	正常・異常	⑬ 出生児数	単胎・多胎( 児)
⑭ 生産または死産の別	生産・死産( 妊娠 週 日・ 日)		
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地	TEL ( )		
医療機関名	※記入内容を訂正される場合は、 訂正箇所にて医師または助産師のサイン をご記入ください。		
医師または助産師氏名			

### [注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返すことがあります。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所にて記入者(被保険者、医師または助産師)のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。

※出産費用を支払った医療機関発行の領収書を添付してください。(コピー可)

# 事業主証明欄

出産手当金2-2

① 被保険者の	記号	番号	氏名																													
② 労務に服さなかった期間  【出勤は○】、【有給は△】、 【公休は■】、【欠勤は×】で それぞれ表示してください。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																															
	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
	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
	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
	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
	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
	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
③ 上記②の期間に対して、賃金を支給をしましたか(□はい □いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(□ある □ない)																																
④ 報酬について	賃金計算締日及び支払日	(締日) 日 / (支払日) □当月・□翌月 日																														
	給与の種類	□月給 □日給 □日給月給 □時間給( 円)																														
	所定休日	□毎週( 曜日) □隔週( 曜日) □不定期																														
	欠勤控除の有無	□あり □なし	欠勤控除の算出式																													
	控除額	① 一日当たりの控除額 円	② 欠勤日数 日	①×②=控除額 円 ( 年 月分にて控除)																												
	通勤手当(支給内訳)	【原則】： □( 月分)前払い □当月払い □前月払い □翌月払い □なし ・ ( )日分 ( )円(日額 円) 支給 ・ 月 日 ~ 月 日 まで、( )ヵ月分 円支給( 月給与で支給) *精算がある場合は 年 月分給与で( )ヵ月( )日分控除 精算額算出式																														
⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。		担当者氏名																														
(*上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明をお願いします。)																																
令和 年 月 日																																
事業所所在地																																
事業所名																																
事業主氏名																																
		TEL ( )																														

## [注意事項]

- ・ 記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に事業主のサイン(氏名:フルネーム)をご記入ください。
- ・ 必ず請求期間に係る締日までの出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- ・ 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。