

健康保険組合 出産手当金支給申請書

必ずご確認ください

記入例

- この申請書について、下記A又及び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 3000	番号 50	氏名 不動産 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 58年 10月 10日
② 被保険者の現住所	〒170-0012 東京都板橋区〇〇〇		日中連絡の取れる電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
③ 個人番号 (マイナンバー)	(*①欄/記号番)		主へ依頼します。 する場合は(✓)	
⑤ 出産日	令和〇年 4月 15日	⑥ 出産予定日	令和〇年 4月 13日	
⑦ 出産のため 休んだ期間 (請求期間)	(給与締切日以降にご請求ください。) 令和〇年 3月 3日 から 令和〇年 6月 10日 まで		100 98 不動産花子 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)		<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 <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は <input type="checkbox"/> 。) ※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
	預金種別	普通・当座	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)

訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(被保険者)のサイン(フルネーム)をご記入ください

被保険者以外の口座を指定する場合は、こちらをご記入ください

出産費用を支払った領収書を添付してください(コピー可)

医師または助産師証明欄

⑨ 出産日	令和〇年 4月 15日	⑩ 出産予定日	令和〇年 4月 13日
⑪ 正常出産または異常出産の別	正常・異常	⑫ 出生児数	単胎・多胎(児)
⑬ 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。 令和〇年 5月 11日	
医療機関所在地	板橋区 〇〇〇	押印不要ですが、訂正箇所には、医師または助産師のサイン(フルネーム)をご記入ください	
医療機関名	△△産婦人科医院		
医師または助産師氏名	健康 太郎		

[注意事項]

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所にご記入者(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

記入例

① 被保険者の	記号 3000	番号 10	氏名 不動産 花子
② 労務に服さなかった期間	令和 ○年 3月 3日 から 令和 ○年 6月 10日 まで 100 日間		
【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。	3 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	
	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	
	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	
	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	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(□ある <input checked="" type="checkbox"/> ない)	賃金計算締日 (締日) 未 日 / (支払日) <input checked="" type="checkbox"/> 当月・□翌月 25 日		
④ 報酬について	満額支給、満額控除していない場合は、支給金額・欠勤控除・精算額等の算出式をご記入ください。賃金台帳等に記載いただいてもかまいません	支給	□時間給(円)
		週(曜日)	□不定期
	欠勤控除の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり □なし	欠勤控除の算出式 基本給 300,000 + 住宅手当 30,000 ÷ 30
	控除額	① 一日当たりの控除額 11,000 円	② 欠勤日数 27
通勤手当(支給内訳)	【原則】: <input checked="" type="checkbox"/> (6ヶ月分)前払い ・ ()日分 () ・ 1月1日 ~ 6月30日 まで、(6)ヵ月分 60,000 円支給(3月給与で支給) *精算がある場合は ○年 3月分給与で(3)ヵ月()日分控除 精算額算出式 60,000 - 30,000 (3ヵ月分) - 210 (手数料) = 29,790		
⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。	訂正箇所には、事業主のサイン(フルネーム)をご記入ください		
(* 上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明)	請求期間の賃金締日以降に証明してください		
令和 ○年 7月 1日	担当者氏名		
事業所所在地	新宿区○○○		
事業所名	○○○(株)		
事業主氏名	健保 一		
	TEL (03) ○○○○ - ○○○○		

[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。