

	常務理事	事務長	係

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

(R3.4)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	○ ○	○ ○ ○ ○	☐ 昭和	○ ○ ○ ○ ○ ○		
	氏名	(フリガナ) トモエガワ ハナコ			※自筆署名の場合は捺印不要		
	住所	(〒 ○○○-○○○)			A 都 道 府 県 B市C区33-4-1		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○(○○○)○○○					
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	氏名	巴川 花子		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 —) TEL (—) (フリガナ) 事業主記入欄 氏名		委任者と 代理人との 関係

同意書

私は、貴組合が本申請の支給について関係諸機関に照会することに同意します。
本件については、一切の異議・請求等申し立てをしません。
なお、本書の写しも有効とします。

令和

○○

年

○○

月

○○

日

氏名(自書)

巴川 花子

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。》》》

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容

1 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。

1

1. 出産前の申請

2. 出産後の申請

2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。

出産予定日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

出産日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

3 出産のため休んだ期間(申請期間)

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇日間
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで

4 上記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。

1

1. はい

2. いいえ

5 上記で「はい」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)期間をご記入ください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇〇,〇〇〇円
令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで

6 出生児の数

単胎 多胎 (1 児)

医師・助産師記入欄

出産者氏名

出産予定年月日

年

月

日

出産年月日

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)

上記のとおり相違

日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

TEL

(

)

医師・助産師に
記入を依頼してください

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかっ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ご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名				
	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。				
	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		
	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		
	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		
	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		
	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		
	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		
	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		
	上記の期間に対して、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 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	賃金計算 締日 支払日	出勤 有給
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。					
支給した(する)賃金内訳	期間	単価	事業主記入欄		算方法(欠勤控除計算方法等)をご記入ください。
	区分				
	基本給				
	通勤手当				
	住居手当				
	扶養手当				
	手当				
	手当				
	現物給与				
	計				
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 担当者氏名					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話 ()					

記入例

事業主が証明するところ	被保険者氏名 協会 花子				
	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。				
	平成 26年 2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		
	平成 26年 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	計		
	平成 26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	計		
	平成 26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		
	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	計		
	上記の期間に対して、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 ☒ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	賃金計算 締日 支払日	出勤 有給
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。				
	支給した(する)賃金内訳	期間	単価	事業主記入欄	
区分					
基本給		1,000			
通勤手当		20,000			
住居手当					
扶養手当					
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 26年 6月 16日 担当者氏名 ○○ ○○					
事業所所在地 東京都千代田区△△1-1					
事業所名称 ○○株式会社					
事業主氏名 健保 三郎					
電話 03 () () () () () ()					

【被保険者の方へ】

① お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

② 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

③ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

④ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

⑤ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。