

被保險者(申請者)記入用

被保険者（申請者）情報

支給決定額は給与支給します。給与支給のできない方のみ「振込先指定口座」を記入してください。

振込先指定口座

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者のマイナンバー記載欄

[illegible]

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)・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. 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 年 月 日	出産日 令和 年 月 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
	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. 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 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
	6 出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 (児)	

医師・助産師記入欄	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)							
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 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 ()									

「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。																															出勤	有給				
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	令和	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
	上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		☐ はい → 「支給した賃金内訳」を記入する		賃金計算																											締 日		日			
			☐ いいえ																													支払日		☐ 当月 ☐ 翌月		日	
	上記の期間のうち、報酬を全額または一部支給した場合、又は支給する場合、ご記入ください。																																				
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月 日 ～ 月 日分		月 日 ～ 月 日分		月 日 ～ 月 日分		左記①②③は必ず算出ください。 【①支給額合計÷②何日間分＝③日額】																											
				支給額		支給額		支給額																													
	基本給																																				
	通勤手当																																				
	住居手当																																				
	扶養手当																																				
	①支給額合計				円		円		円																												
	②何日間分				日間		日間		日間																												
	③日額				円		円		円																												
	給与支給日				月 日支給		月 日支給		月 日支給																												
上記のとおり相違ないことを証明する。																															令和	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

【被保険者の方へ】

①お勤め先の事業所に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労務に服することができてなかった期間の勤務状況について、出勤した場合○で、有給の場合△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。

③②の期間、賃金の支給有無について回答してください。また、□はいに☑した場合、「支給した(する)賃金内訳」を記入してください。

④「支給した(する)賃金内訳」がある場合、必ず①②③を算出してください。【①支給額合計÷②何日間分＝③日額】