

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

被保険者(申請者)情報	記号	2 2 7	番号	3 5 0	取得月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				昭和 平成 令和	2	4	4 1
	氏名・印	(フリガナ)ケンポ ハナコ	健保 花子	生年月日	年	月	日	標準報酬額
			5 0 9 7	昭和 平成			4 1 0 千円	
住所	(〒 332 - 0035)	埼玉 都 道 府 県	川口市西青木	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 (258)	-	-	

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関名称	銀行コード: 0017	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	支店コード: 357	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	9 8 7 6 5 4	左づめでご記入ください。
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	ケンポ 〃 ハナコ	口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人(健保口)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
	代理人(健保口情報)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 氏名・印 代理人印は、健保口届出印となります。	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印
-------------------	---

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

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。
請求期間に該当する<出勤簿>および<賃金台帳>の写しを添付してください。

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。	2	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	<input checked="" type="radio"/> 平	令 31 年 3 月 1 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	出産日	<input checked="" type="radio"/> 平	令 31 年 3 月 3 日
	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。		2	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。			平・令 年 月 日 から 円 平・令 年 月 日 まで
	6 出生児の数		<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (児)

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	出産予定年月日	平・令 年 月 日
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)
	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する	平・令 年 月 日

**医師・助産師に証明をいただき、
訂正等がある場合は、必ず証明された印と同一印での訂正をお願いします。**

医療施設の所在地 _____
医療施設の名称 _____
医師・助産師の氏名 _____ 印 _____ TEL () _____

訂正箇所等については、医師・助産師記入欄に押印した印と同一印で訂正ください。

「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。

被保険者氏名 **健保 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。

平令 31年 1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	出勤	有給
平令 31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	日	0日
平令 31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	日	0日
平令 31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	日	0日
平令 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	0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 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 20日 支払日 当月 翌月 25日

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。

区分	単価 時給	1月 1日 ~ 1月31日分	1月19日 ~ 1月20日分	2月 1日 ~ 4月30日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。 19・20日について 時給1,260円 19日...6.5時間 20日...7.5時間 合計13時間の労働時間 1,260円×13時間 =16,380円支給 1月分の交通費は控除いたしません。
		支給額	支給額	支給額	
基本給	1,260円		16,380円	0円	
通勤手当		7,600円		0円	
住居手当					
扶養手当					
現物給与計					

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 元年 5月 28日

担当者氏名 **経理課 田中**

事業所所在地 **東京都豊島区南池袋 - アドタワー10F**

事業所名称 **株タケイディスプレイ**

事業主氏名 **代表取締役 竹井世津子** **之印業主** 電話 **03(3984)xxxx**

訂正箇所等については、証明された事業主の印と同一印で訂正ください。

記入例

1 2 氏名 協会 花子

3 4

5

6

東京都千代田区△△1-1
 ○○株式会社
 健保 三郎

【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。

6 賃金計算の締日以降の日付で証明ください。