

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1)被保険者証		(2)事業所名称					
	記号	番号						
	(3)被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)		(4)被保険者の生年月日				
		昭和 年 月 日 平成						
	(5)被保険者 (申請者) 住所・電話番号	〒		TEL() -				
	(6)出産のため 仕事を休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から	(7)出産予定日	令和 年 月 日	日間			
令和 年 月 日まで		(8)出 産 日	令和 年 月 日					
(9)出産のため仕事 を休んだ期間 (申請期間)の 給料支給状況	基本給	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない						
	諸手当	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない						

委 任 状	(10)この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。	
	令和 年 月 日	被保険者氏名 _____
	委任された者の	※自署してください
	事業所所在地	
	事業所名称	
	代表者氏名	_____

(11)被保険者が出産手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)				
公金受取口座	□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☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)			
銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行	本店	1. 普通	
信金	支店	2. 当座	

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

◎労務に服することができなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	(12)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を記入してください																																
	勤務状況は 出勤・・・○ 欠勤・・・× 有給・・・△ 公休・・・公 と記入	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
	(13)給料の 種 類	月給 ・ 日給 月給 ・ 日給	給料締切日	給料支払日	備																												
		時間給 ・ その他()	日締	当月 翌月	日払	考																											
	(14)1ヵ月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください)	労務に服さなかった期間中の給料支給状況(給料の締切日に合わせて記入)																															
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日																											
	基本給 (1ヵ月 円)																																
	家族手当 (1ヵ月 円)																																
	住宅手当 (1ヵ月 円)																																
	通勤手当 (1ヵ月 円)																																
	(1ヵ月 円)																																
	(1ヵ月 円)																																
合 計																																	
(15)欠勤控除計算式																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 年 月 日	事業所所在地 事業所名称 代表者氏名 _____																																
	TEL() -																																

医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	(16) 出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎(児)	◎ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。											
	(17)出 産 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	(18)出 産 年 月 日	令和 年 月 日										
	(19)正常出産又は異常出産の別	正常 ・ 異常	(20)生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヵ月)										
	上記のとおり相違ありません。													
	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() -													