

健康保険 出産手当金 支給申請書

①第 回目

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	② 被保険者等 記号・番号	記 番	③ 被保険者 氏 名											
	④ 被保険者の住所	〒 電話 () 方												
	⑤ 被保険者が勤務 する（していた） 事 業 所 の	(ア) 名 称	電話 ()											
		(イ) 所在地												
	⑥請求期間の区分	出産前 ・ 出産後 ・ 出産前後												
	⑦ 出 産 日	年 月 日				⑧ 出産予定日	年 月 日							
	⑨ 出産のため 休んだ期間 (申請期間)	年 月 日 日間				⑩ ⑨の期間に 対する報酬	(ア)受けた (イ)一部受けた (ウ)受けられるが受けていない (エ)受けられない							
⑪ 受取金融機関	☐ 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。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。													
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所												
	預 金 種 別	1. 普通 3. 別段		口 座 番 号							左づめで記入			
	2. 当座 4. 通知													
	口 座 名 義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空ける。濁点、半濁点は1字で記入。） 												

- ◎ 記入した字句を訂正する場合は、二重線で抹消の上、正しい字句を記入し、申請者の氏名（サイン）を
をご記入ください。（修正液は不可。）
- ◎ 外国籍の方は、口座確認のため**通帳の写（口座名義・口座番号が確認できるページ）**を添付してください。
※名義相違、番号相違による振込不能が比較的多く見られ、これを防止するためお願いしています。
- ◎ 代理人が受領する場合は、「委任状」が必要です。

年 月 日 提出 (2024. 12)

受 付 印

⑫被保険者の マイナンバー	
※ ②の「被保険者等記号・番号」がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。	

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

記入上の注意

一、二、月単位で支払われるもの（定期代や家族手当等）については、日割にせず月単位の期間及び金額を⑭のイ及びウ欄に記入してください。
⑯欄については、単に事務員・工員と記入するのではなく、「経理事務担当」等、具体的に記入してください。

事業主が証明するところ	⑬ ⑨の期間 中労務に服さなかった日について	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／で、早退は早でそれぞれ表示してください。																																
		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	労務に服さなかった日の合計 日間
		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	
		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	
	⑭	ア) 報酬の名称	イ) 支払いの対象となった期間															ウ) 支払金額					エ) 支払月日											
	上記の労務に服さなかった日について報酬を支払ったときはその内訳を記入してください。 (注1・参照)	基本給	年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
			年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
			年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
			年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
			年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
			年 月 日から 年 月 日まで 日分															円					月 日											
	⑮	労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由																																
⑯	被保険者の業務の内容		⑰ 被保険者の報酬の形態について		月給 日給		月給 日給		歩合給		時間給		支払日		毎月 日締切 当・翌月 日支払																			
⑱	上記のとおり相違ないことを証明します。																															年 月 日		
	所在地 事業所の名称 事業主の氏名																															電話番号 ()		

※字句を訂正する場合は、二重線で抹消後正しい字句を記入し、証明者の氏名（サイン）をご記入ください。（修正液不可）

医師・助産師の記入欄	⑲ 出産者氏名																																	
	⑳ 出産年月日		年 月 日										㉑ 出産予定年月日		年 月 日																			
	㉒ 生産の別 死産		生産 死産（妊娠 週）										㉓ 正常分娩 異常分娩		の別 正・常 異・常		㉔ 出生児の数		単胎 多胎（ 児）															
	上記のとおり相違ないことを証明する。																															年 月 日		
	㉕ 医療施設の 所在地 名称 医師・助産師の氏名																															電話番号 ()		

※字句を訂正する場合は、二重線で抹消後正しい字句を記入し、証明者の氏名（サイン）をご記入ください。（修正液不可）