

# 健康保険 出産手当金支給申請書(第 回)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	① 健康保険被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	② 事業所名 _____			
	被保険者(申請者)の③氏名	(フリガナ) _____	④住所 _____	TEL ( ) _____		
	⑤出産予定日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑥出産年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑦出生児の数	単胎・多胎( ) (児)
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	⑨ 休んだ期間の報酬は	受けた(る)・受けない	⑩ 「⑨で「受けた(る)」と答えた場合は、その期間と報酬額	平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込口座	金融機関名 (フリガナ) _____	支店名 (フリガナ) _____	預金種別 普通 当座 その他( ) _____	口座番号 _____	口座名義 (フリガナ) _____
------	--------------------	------------------	----------------------------------	------------	-------------------

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		委任者との関係 ( ) _____
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		住所 _____
	住所 _____		代理人 電話 ( ) _____
	被保険者(申請者)氏名 _____		氏名 _____

事	労務に服さなかった期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	ただし _____ 日は出勤 _____ 日は有給	左の期間に報酬を支給しました(します)か はい・いいえ	報酬計算	締切日 _____ 日
	業	報酬支給形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法(欠勤控除方法)について、具体的に記入してください			支払日 当月 _____ 日 翌月 _____ 日
主 の 証 明 欄	上記の期間中における報酬(今後支払う予定の報酬も含む)の支払額等について計算期間毎に記入してください。					
		基本給	手当	手当	手当	手当
	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	円 _____	円 _____	円 _____	円 _____	円 _____
	報酬支払額	月 _____ 日	円 _____	円 _____	円 _____	円 _____
		月 _____ 日	円 _____	円 _____	円 _____	円 _____
月 _____ 日		円 _____	円 _____	円 _____	円 _____	
月 _____ 日		円 _____	円 _____	円 _____	円 _____	
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 _____						
事業主氏名 _____ 電話 ( ) _____						

医師または助産師の意見欄	出産者氏名 _____	出産予定日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出産年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	受付年月日 _____
	出生時の数	単胎・多胎( ) (児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)		
	上記のとおり相違ありません。令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	医療機関等所在地 _____					
医療機関等名称 _____						
医師(助産師)氏名 _____ 電話 ( ) _____						

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)  
 ・ 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と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写し