

健康保険出産手当金支給申請書

令和 年 月 日提出

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	社員番号		所属及び 部署名	
	個人番号(※) マイナンバー					※記号・番号がわからない場合のみ記入してください	
	被保険者 氏 名 (自署)	フリガナ				住 所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 -
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				電話	()

申請内容	出産予定 年 月 日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	上記の出産のため休んだ期間の報酬 を受けましたか、または今後受け られますか	現在まで	受けた ・ 受けない	将 来	受けられる ・ 受けられない
	報酬を受けたまたは受けられるときは、その報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	報酬支払期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
報酬額		円			

振込先 指定口座	金融機関名称	銀 行 信用金庫					本店 支店	支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						口座名義 (カタカナ)		

受付日付印

※労務に服さ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	被保険者氏名					給与締日：	日
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	日間	支 払 日： ☐ 当月 日 ☐ 翌月			
	上記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（ ）	
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	区分	支給期間		支給額	支払日	
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/	
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/	
			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/	
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		円	/		
通勤手当	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		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 電話番号 (担当者：)							

医師・助産師記入欄	出 産 者 氏 名				
	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	出 産 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）	生 産 又 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します。 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 電話番号				

(注) 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、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。