

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者（申請者）	健康保険の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名(自署)	フリガナ						
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()						

申請内容	出産予定日	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(申請期間)	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(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。					現在まで	受けた ・ 受けない					
						今後	受けられる ・ 受けられない					
	■ 上記で報酬を受けたまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。											
	報酬支払期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
受けた報酬額	円					受ける報酬額	円					

※被保険者(申請者)名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は ☒ 、希望しない場合は下記に記入）					
	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)	

医師・助産師の証明	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)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第 月または第 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												

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①個人番号カード(両面)の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本(①が提出できない方のみ)	

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
------------	--

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																			
	勤務状況		※申請期間のうち出勤、有給等で報酬支給対象日に○を記入してください。																															出勤	有給	
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	令和	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	日	日
	給与の種類		月給		日給		日給月給		賃金計算		締日		日																							
			時間給		歩合給		その他()				支払日		☐ 当月 ☐ 翌月 日																							
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)		支給期間						支給額						支払日																					
年			月		日		～		年		月		日		円						月		日													
年			月		日		～		年		月		日		円						月		日													
年			月		日		～		年		月		日		円						月		日													
年			月		日		～		年		月		日		円						月		日													
賃金計算方法(欠勤控除等)																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	令和	年	月	日
所在地																																				
名 称																																				
事業主氏 名																																				
電 話																																				

【事業主の方へ】

- 申請期間にかかる勤務状況および賃金支払状況をご記入ください。
- 出勤簿と賃金台帳の写しを添付してください。
- 申請期間にかからない賃金等が申請期間にかかる給与と合わせて支払われている場合は、その性質や支給対象期間、計算式などを添付書類に補記してください。