

健康保険出産手当金支給申請書（第 回目）

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	⑦ 記号		② 被保険者 (申請者)の	⑦ 氏 名 <small>(フリガナ)</small>		⑦ 印		
		① 番号			① 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	③ 被保険者(申請者) の 現 住 所	〒 — TEL () — 携帯 () —							
	④ 被保険者が勤務する (していた)事業所の名称								
	⑤ 被 保 険 者 の 資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額					千円
	⑦ 出 産 年 月 日	平成	年 月 日	⑧ 出 産 予 定 年 月 日	平成	年 月 日			
	⑨ 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 日間							
⑩ ⑨の期間の分の報酬を	現在までに 受けた ・ 受けない			今後 受けられる ・ 受けられない					
⑪ ⑩で「受けた」または「受けら れる」場合その期間と金額	平成	年 月 日 から	平成	年 月 日 まで				円	
備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)								

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。 平成 年 月 日							
	⑫ 被保険者(申請者) の 氏 名 と 印							印
	⑬ 代 理 人 の	⑦ 事業所名称						内
		① 氏 名						印

平成 年 月 日提出
 受付日付印

次ページに事業主証明欄・医師または助産師の意見欄があります。

健康保険 出産手当金支給申請書

事業主	⑭ 労務に服さなかつた期間		就労の状況 (出勤 - ○・公休 - 公・有給(控除なし) - △・欠勤(控除あり) - /・早退 - ◎で表示してください。)																																	
	平成 年 月 日から	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			
	平成 年 月 日まで	年 月																																		
	日間	年 月																																		
		年 月																																		
が証明する	⑮ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無にかかわらず記入してください。)		基本給・諸手当の支給状況 (給料の締切単位で記入してください。)																																	
			月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日																														
	基本給 (時間給・日給の場合は単価)	円	(日分)	円	(日分)	円	(日分)	円	(日分)	円																										
	手当	円	()	円	()	円	()	円	()	円																										
	手当	円	()	円	()	円	()	円	()	円																										
	手当	円	()	円	()	円	()	円	()	円																										
	手当	円	()	円	()	円	()	円	()	円																										
	合計	円	()	円	()	円	()	円	()	円																										
と	⑯ 賃金支払方法(欠勤控除・計算方法等)について記入してください。																																			
	⑰ 給料の種類	月給・日給 月給・日給・時間給・ 役員報酬・その他()	⑱ 給料締切日 および支払日	毎月	日締・当月 翌月	日払																														
こ	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。																																			
	平成 年 月 日																																			
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL() - (印)																																			

備考	
----	--

医師または助産師が意見を記入するところ	⑳ 出産者氏名																													
	㉑ 出産年月日	平成 年 月 日	㉒ 出産予定年月日	平成 年 月 日																										
	㉓ 出生児の数	単胎・多胎(児)	㉔ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)																										
	㉕ 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 〒 住所(所在地) 職名() 医療機関(助産院)名 氏 名 (印) TEL() -																													

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

出産手当金は、被保険者が出産のため出産日(出産の日が出産予定日より遅れた場合
出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産後56日までの期間で
仕事を休み、給与を受けられない場合に支給されます。

※被保険者期間が1年以上あり、資格喪失日の前日(退職日等)に出産手当金を受けて
いるか、または受けられる状態であれば、資格喪失後も支給されます。

【記入上の注意事項】

被保険者(申請者)記入欄

1. 申請者印(②の㊸欄)および委任者印(⑫欄)は同一のもので鮮明に押印してください。
2. ⑨欄は、出産日(出産の日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日)以前42日
(多胎妊娠の場合は98日)から出産後56日までの間で、労務に服さなかった期間を記入
してください。
※ 出産日当日は出産日以前の期間に含まれます。
※ 出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間も含まれます。
3. ⑩欄はこの申請書を届け出るときに現在までのことを「受けた」・「受けない」に、また、
今後のことを「受けられる」・「受けられない」に分けて○で囲んでください。
「受けた」または「受けられる」場合は⑪欄も記入してください。
4. 字句を訂正する場合は誤った字句を抹消して申請者印(②の㊸欄)を押印し、そのうえで
正しい字句を記入してください。

事業主記入欄

1. ⑭～⑱欄は、出勤簿・賃金台帳・就業規則・給与規程などに基づき正確に記入してくだ
さい。
2. 資格喪失日以降の期間については、証明の必要はありません。

医師または助産師の意見欄

1. ㉓㉔欄は、それぞれ該当するものを○で囲んでください。
2. ㉔欄が「死産」である場合は、妊娠何週目の死産であるかを記入してください。
3. ㉕欄の職名は、医師または助産師と記入してください。

【添付書類】

被保険者(申請者)

1. 医師または助産師の意見欄が外国語で記入されているときは翻訳者の住所・氏名を明記
した「翻訳文」

事業主

1. 被保険者が役員であるときは、休職期間中の報酬支払に関する役員会などの
「議事録」の写し、または「申立書」