

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 被保険者証等 ⑦ 記号	② 被保険者 (申請者)の ⑦ 氏名 (フリガナ)	⑦ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	④ 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 令和
受 取 代 理 人 の 欄	⑥ 出 産 年 月 日	年 月 日	⑦ 出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	
	⑧ 出 産 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	
	⑨ ⑧の期間の分の報酬を受けましたか。	はい	いいえ		
	⑩ ⑨欄で「はい」の場合記入してください。 受けた報酬は事業主証明欄に記入 されている内容のとおりですか。	はい	いいえ		
備 考	被保険者等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、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。 年 月 日
⑪ 被保険者(申請者) の 氏 名	年 月 日
⑫ 代 理 人 の	⑦ 事業所名称 内 ④ 氏 名

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。

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

年 月 日提出
受付日付印

健康保険 出産手当金支給申請書

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 労務に服さなかった期間	就労の状況 (出勤○・有給(控除なし)△・欠勤(控除あり) / ・早退◎で表示してください。)	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					
	年 月 日から	年 月 日まで	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月			
	⑭ 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	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
	手 当	円	()	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円			
	手 当	円	()	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円			
手 当	円	()	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
手 当	円	()	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
合 計	円	()	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円				
⑮ 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。																																						
⑯ 給料の種類	月給・日給	月給・日給	時間給・	⑰ 給料締切日 および支払日	毎月	日締	当月	翌月	日払																													
⑰ 給料の種類	役員報酬・その他()																																					
⑱ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日																																						
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL() —																																					

備 考																															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	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 出 生 児 の 数	単胎・多胎(児)	㉓ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)																											
	㉔ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日																														
	住所(所在地) 職名() 医療機関(助産院)名 氏 名 TEL() —																														

社会保険労務士の 提出 代 行 者																														
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

出産手当金は、被保険者が出産のため出産日(出産の日が産前日より遅れた場合産前日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から産後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)に産前金を受けているか、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.被保険者等記号・番号(①欄)は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。
- 2.⑧欄は、産日(産日(産日(産前日より遅れた場合は、産前日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から産後56日までの間、勤務に服さなかった期間を記入してください。
※産日当日は産日以前の期間に含まれます。
※産日(産前日)より遅れた場合は、その期間も含まれます。
- 3.字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、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

- 1.⑬～⑰欄は、出勤簿・賃金台帳・就業規則・給与規程などに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

- 1.⑳㉑欄は、それぞれ該当するものを○で囲んでください。
- 2.㉑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。
- 3.㉒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、退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」