

記入例

健康保険出産手当金支給申請書

1

被保険者等記号・番号は、
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。

※退職後の申請の場合は、在職中の記号番号をご記入ください。

2

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日までの期間で、労務に服さなかった期間(公休日含む)をご記入ください。

3

会社(事業主)ご記入欄

健康保険出産手当金支給申請書 (第1回目)

① 記号	123	⑦ 氏名	ケンコウ ハルナ 健康 春奈
	④ 番号		45
被保険者(申請者)の現住所		〒123-0000	TEL (012) 345-6789 携帯
被保険者が勤務する(していた)事業所の名称		名古屋市中央区△△△1-1 □□□マンション101	
被保険者の資格取得年月日		昭和 27 年 4 月 1 日	
⑨ 出産年月日		R4年12月14日	⑩ 出産予定年月日 R4年12月27日
⑪ 出産のた休んだ期間(申請期間)		R4年11月3日から R5年2月8日まで	98 日間
⑫ ⑪の期間の分の報酬を受けましたか。		<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	
⑬ ⑫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。		<input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ	
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」が記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を併付の上、この欄に記載してください。			
受取		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。 R5年2月20日	
代理人の欄	⑭ 被保険者(申請者)の氏名	健康 春奈	
	⑮ 代理人の	⑯ 事業所名称	□□□株式会社 内
		⑰ 氏名	健康 ー
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、⑭又は⑯の要件を満たしたものである。		
<input checked="" type="checkbox"/>	⑱ 申請者本人(被保険者)が作成したものである。		
	⑲ 記載内容については誤りがないが申請者本人が確認している。		
名古屋業健康保険組合 R5.2			

- 字句を訂正する場合は誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句を記入してください。
- 事業主(会社)を通して組合までご提出ください。
- 事業主(会社)経由でのお振込みとなります。

■ 提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

4

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。

また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※記入欄が不足する場合は、証明欄をもう1枚用意し、それぞれに記入してください。

※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。

5

医師または助産師の意見を受けてください。

「死産」の場合は、妊娠何週目の死産であるかを記入してください。

職名は「医師」または「助産師」と記入してください。

4

1か月の基本給・諸手当の額		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)			
10 ^月 11 ^月 ～11 ^月 10 ^日	11 ^月 11 ^日 ～12 ^月 10 ^日	12 ^月 11 ^日 ～1 ^月 10 ^日	1 ^月 11 ^日 ～2 ^月 10 ^日		
基本給	230,000 円	230,000 円	230,000 円	0 円	0 円
通勤手当	30,000 円	30,000 円	30,000 円	>	>
資格手当	10,000 円	10,000 円	10,000 円	>	>
欠勤控除			216,000 円	>	>
合計	270,000 円	270,000 円	54,000 円	0 円	0 円

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。
 11/11～12/10欠勤控除 基本給+通勤+資格=270,000
 所定20日 270,000÷20日×有給4日間=54,000
 270,000-54,000=216,000

給料の振替 役員報酬・その他() 毎月10日締め 当月15日払

上記のとおり相違ないことを証明します。
 令和5年2月17日 事業所所在地 名古屋市中区●●-1
 事業所名称 □□□株式会社
 事業主氏名 健康 -
 TEL(052) 211-2439

5

出産者氏名	健康 春奈		
出産年月日	R4年12月14日	出産予定年月日	R4年12月27日
出生児の数	1(男児)	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5年2月10日 〒460-0000
 住所(所在地) 名古屋市中区●●-○○○○
 職名(医師) 医療機関(助産院)名 □□□産婦人科
 氏名 健保正
 TEL() -

社会保険労務士の提出代行者

■申請期間を含む給与計算期間の締め切り日または、支払日が過ぎた後にご提出ください。

(例: 出産手当金申請期間: 11/3～翌年2/8、給与締め切り日は10日の当月15日払い ⇒ 2/10以降に健保へご提出)

■提出・お問い合わせ先

〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35

名古屋業業健康保険組合 業務課

TEL: 052-211-2439

HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>