

※健保組合使用欄	決議	年	月	日	決定	年	月	日	
取得	金額				常務理事	事務長	課長	主任	扱
喪失									
標準報酬 年 月 千円	支給期間	年	月	日から	不支給の理由 1.分娩前42日以上の請求のため 2.分娩後56日以上の請求のため 3.報酬支給のため 4.出勤のため 5.重複請求のため				
出手日額 円/日		年	月	日まで					
	不支給期間	年	月	日から					
	法51条	該当 日・不該当			現物給与	一部報酬受給により控除 ¥ _____ から _____ まで 日間 1日 (円)			

健康保険 出産手当金 支給申請書 (第 回目)

被保険者(申請者)情報	被保険者証 記号・番号	記号	番号	申請 年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ) _____		住所	(〒 _____)		
			電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(_____)		

自署の場合は押印を省略できます。

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 () 金庫 () 信組 ()	本店 支店 出張所	預金種別 口座番号	普通 () 当座 ()	_____	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					口座名義 の区分

「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		_____ 年 _____ 月 _____ 日
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 _____)	TEL (_____)
	氏名・印	(フリガナ) _____		委任者と代理人との 関係

申請内容	1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	1. 出産前の申請	2. 出産後の申請		
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	年 月 日	出 産 日	年 月 日
	3 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	
	4 上記期間中に出産のため入院した期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間	
	5 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。	1. はい 2. いいえ			
	6 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日 から	年 月 日 まで	円	
	7 出生児の数	単胎 () 多胎 (_____ 児)			

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。
また、当該期間の賃金台帳と出勤簿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																																			
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。												出勤	有給																						
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		1. はい 2. いいえ		給与の種類		1. 月給 2. 日給 3. 日給月給		4. 時間給 5. 歩合給 6. その他		賃金計算		締日		支払日		1. 当月 2. 翌月		日																		
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																				
支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	月	日	月	日	月	日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 (添付の賃金台帳に記載することで省略可)																										
				～	月	日分	～	月	日分											～	月	日分														
				支給額			支給額													支給額																
	基本給																																			
	通勤手当																																			
	住居手当																																			
	扶養手当																																			
手当																																				
手当																																				
現物給与計																																				
上記のとおり相違ないことを証明する。																		担当者氏名																		
事業所所在地																																				
事業所名称																		印																		
事業主氏名																		電話 ()																		

医師・助産師記入欄	出産者氏名																		
	出産予定年月日						年	月	日	出産年月日			年	月	日				
	出生児の数			単胎	多胎	()	生産または死産の別			生産	死産	(妊娠 週)							
上記のとおり相違ないことを証明する。																			
医療施設の所在地																			
医療施設の名称																			
医師・助産師の氏名																		印	
																		TEL ()	