

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

被保険者（申請者）記入用

社員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

←記入してください

記入例

被保険者（申請者）情報	被保険者等記号・番号（左詰め）	記号 1	番号 ○○○○○○	生年月日	年 02	月 08	日 17
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子			※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。		
	住所	(〒 ××× - ××××) 東京都世田谷区△△1-1-1			休業中でも確認できるメールアドレスをご記入ください。		
	電話番号 (日中の連絡先)	090(1111)××××		メールアドレス (支給決定通知書送付先)	△△△△@□□□.co.jp		

振込先指定口座	金融機関名称	△△△ 銀行コード: ●●●●	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	□□□ 支店コード: ●●●●	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号	○○○○○○	左詰めでご記入ください。
	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。 ケンポ゜ ハナコ		口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

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。		令和 年 月 日
	代理人（口座名義人）	住所 (フリガナ)	氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
				委任者と代理人との関係

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です。
- ・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添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者（申請者）・医師・助産師記入用

申請内容	1 出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日 令和 2 年 7 月 10 日
		出 産 日 令和 2 年 7 月 12 日
	2 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 2 年 5 月 30 日から 100 日間 令和 2 年 9 月 6 日まで
	3 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 2. はい 1. いいえ
	4 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。	令和 年 月 日から 円 令和 年 月 日まで
5 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( 児 )	

※申請内容にご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名	医師・助産師証明欄		※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( 児 )	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 ( 妊娠 週 )
	上記のとおり相違ないことを証明する。			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	Tel ( )			

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から ..... 令和 年 月 日 まで	日間		
	上記の期間に対して賃金を支給 しました(します)か?	<input type="checkbox"/> はい → (以下に内訳を記入してください) <input type="checkbox"/> いいえ			
	報酬の名称	支給対象期間	支給額		
		月 日 ~ 月 日			
		月 日 ~ 月 日			
		月 日 ~ 月 日			
交通費 (前払い含む)	有・無	令和 年 月 日 から ..... 令和 年 月 日 まで	か月分 円	精算済みの 場合は	払戻日 月 日 払戻額 円
上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日
事業所所在地	事業主証明欄				
事業所名称					
事業主氏名					Tel ( )

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。