

出産手当金支給申請書の記入の注意点について

記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、作成をお願いします。

1 ページ目：本人記入欄

☆申請書を記入する際は、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。口座番号の訂正など、訂正がある場合には修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した被保険者本人の印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

こちらが保険証の記号番号です

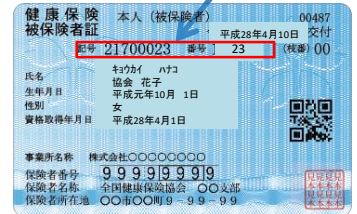
健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者記入用

手

記入方法および添付書類等については、「健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 01123456789アイウ



被保険者証の 記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 2 3	生年月日 2 0 1 1 0 0 1
氏名・印 協会 花子		住所 〒 9 9 0 X X X X 山形 山形市 〇〇町 1-1
金融機関 名称 ゆうちょ	口座番号 2 3 4 5 6 7 8	口座名義 キョウカイ ハナコ

記号・番号は正確に記入してください。
(退職等して資格喪失されている場合、資格喪失前の記号・番号を記入してください。)
※支給決定通知書上部()内の数字が(記号 - 番号)です。

振込指定口座は漏れなく記入してください。特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっています。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(八五八など)で記入してください。〇〇郵便局などの地名を記入の場合には不備となり、申請書をお返しすることになりますのでご注意ください。

被保険者 氏名・印	住所 〒 TEL(ハイフン除く)
代理人 (口座名義人) 氏名・印	被保険者との関係

被保険者(申請者)と異なる方が受取代理人となる場合は、受取代理人の欄の記入が必要です。
(被保険者名と代理人のそれぞれ、それぞれの署名押印が必要)

※法人名ではなく、個人の氏名の記入が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代理人欄

マイナンバー記載欄については、保険証の記号番号をご記入いただければ、マイナンバーの記入は不要です。

マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合の注意点】

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は、被保険者の生年月日を記入してください。

※相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 **協会 花子**

申請期間は**必ず漏れなく記入**してください。

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。 2. 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 1.平成 年 月 日
 出産日 1.平成 年 月 日

③ 出産のため休んだ期間(申請期間)
 1. 1.平成 年 月 日 から 日
 2. 1.平成 年 月 日 まで

④ 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。 2. 1. はい 2. いいえ

⑤ 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。
 1. 平成 年 月 日 から 年 月 日 まで
 2. 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで
 円

日数は公休日や土日を含めた日数を記入してください。(未記入や日数の数え間違い等、誤りが多い箇所です。)

未来日の申請をすることはできません。申請期間を含む給与の締日が経過してから申請をしてください。

医師・助産師記入欄

出産者氏名 **協会 花子**

出産予定年月日 1.平成 年 月 日
 出産年月日 1.平成 年 月 日

出生児の数 1. 単胎 (児)
 2. 多胎 (児)

生産または死産の別 1. 生産 (妊娠 週)
 2. 死産

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 **山形市〇〇町 10-10**
 医療施設の名称 **〇〇総合病院**
 医師・助産師の氏名 **保険 五郎** **印** 電話番号 **0 2 3 X X X X X X X X X**
 ※ハイファン除く

【別添】 「事実主記入用」は3ページに続きます。>>>

申請期間の初日に属する月までに現事業所で12か月の資格期間がない等の場合は、こちらの書類を添付してください。

【別添】

被保険者証	記号	番号
氏名 (フリガナ)	昭和	生年 月 日
平成	年 月 日	

備考 単胎・多胎・産前・産後・死産・胎死・流産・早産・産後経過観察等に関する情報は、下記の欄にご記入ください。全額健康保険料に加入している場合は、健康保険料の納入状況もご記入ください。

① 会社(任意継続)被保険者の場合は加入支那(支那) 年 月 日 - 年 月 日	加入期間
② 会社(任意継続)被保険者の場合は加入支那(支那) 年 月 日 - 年 月 日	加入期間
③ 会社(任意継続)被保険者の場合は加入支那(支那) 年 月 日 - 年 月 日	加入期間

備考 単胎・多胎・産前・産後・死産・胎死・流産・早産・産後経過観察等に関する情報は、下記の欄にご記入ください。全額健康保険料に加入している場合は、健康保険料の納入状況もご記入ください。

① 健康保険料の納入状況	加入期間
加入期間	加入期間

出産後の証明の場合は、全ての欄を漏れなく医師または助産師に記入してもらってください。(単胎・多胎、生産・死産についても漏れなく記入してもらう必要があります。)

※ **出産前の申請**の場合は、出産予定年月日の証明で申請ができます。その場合は、**出産後の申請**の際に出産年月日の証明が必要となりますので、再度の証明が必要です。

※ **複数回に分けて申請**をする場合、一度、**出産予定年月日、出産年月日**の証明を受けていただければ、**2回目以降**は医師・助産師の証明は省略可能です。

3ページ目：事業主証明欄（月給者の場合）

勤務状況・支給した賃金内訳は申請期間を含む締日から締日までを記入したうえで、給与の締日以降に提出してください。

1 2 3

健康保険 出産手当金 支給申請書

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。

被保険者氏名 協会 花子																							
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は◇】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																							
事業主が証明する内容	1.平成 2.令和	年	月	日								出勤	有給										
	1	3	1	0	3	○	○	○	△	◇	○	○	○	計	8	0							
	1	3	1	0	4	△	△	△	△	△	△	○	○	計	0	0							
	2	0	1	0	5	○	○	○	○	○	○	○	○	計	0	0							
	2	0	1	0	6	○	○	○	○	○	○	○	○	計	10	0							
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計		
						16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日	3 1 日
				賃金計算	支払日
					2 1.当月 2.翌月 1 6 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。

期間	単価	支給額	支給額	支給額
03 月 01 日~		03 月 31 日分	06 月 01 日~	
			06 月 30 日分	
基本給	2 2 0 0 0 0	8 0 0 0 0 0	1 0 0 0 0 0	
通勤手当	2 0 0 0 0 0	2 0 0 0 0 0	2 0 0 0 0 0	
手当				
手当				
手当				
現物給与				
合計		1 0 0 0 0 0	1 2 0 0 0 0	

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。

基本給欠勤控除有(所定日数22日)
 3月 220,000円÷22日×8日=80,000円
 6月 220,000円÷22日×10日=100,000円

通勤手当
 平成31年3月分として20,000円支給
 令和元年6月分として20,000円支給

担当者氏名 健康 花子

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 山形県山形市
 事業所名称 ○○株式会社
 事業主氏名 健康 三郎

年 月 日
 2 1.平成 0 1 0 7 1 6
 2.令和

0 2 3 X X X X X X X

証明日は必ず記入してください。

賃金単価を記入してください。（月単位の支給の場合は、月あたりの単価を記入してください。時間単位の支給の場合は時間あたりの単価を記入してください。）

欠勤控除などの計算方法は具体的に記入してください。また、通勤手当などの手当を複数月にわたって支給していて、申請期間にかかる場合は賃金計算方法の箇所に記入してください。

申請書は1~3ページ目を全てそろえて提出をお願いします。