

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	印	自署の場合は押印を省略できます。		
住所	〒	<input type="text"/>	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	<input type="text"/>				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づ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。)			口座名義 の区分

「2」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	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
	氏名・印	印	<input type="checkbox"/> 1. 平成 2. 令和	<input type="text"/>	
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	<input type="text"/>		
住所	<input type="text"/>				
(フリガナ)	印				
氏名・印	被保険者との 関係				

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。  
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

受付日付印

(2020.9)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

様式番号

協会使用欄

# 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

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間)	出産日 <input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 日間
	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 円

医師・助産師記入欄	出産者氏名	<input type="text"/>
	出産予定年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 1.単胎 → ( <input type="text"/> 児) <input type="checkbox"/> 2.多胎 → ( <input type="text"/> 児)
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1.生産 → (妊娠 <input type="text"/> 週) <input type="checkbox"/> 2.死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医療施設の所在地	<input type="text"/>	
医療施設の名称	<input type="text"/>	
医師・助産師の氏名	<input type="text"/>	
	印 <input type="text"/>	
	電話番号 ※ハイフン除く <input type="text"/>	

「事業主記入用」は3ページに続きます。▶▶▶

様式番号

6 1 1 2 6 8



# 記入例

【被保険者の方へ】お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

事業主が証明する内容	被保険者名 <b>協会 花子</b>		勤務 1. 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						
	1. 平成	年	月	日	①	②	③	④	公	公	⑦	⑧	⑨	⑩	/	公	公	△	△	△	△	△	計	8	0
	1	30	03		/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	/	公	公	31	0	0
	1	30	05		公	/	公	公	公	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	/	公	公	△	△	△	△	△	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				計	
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 type="checkbox"/> 月給 <input checked="" 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		賃金計算		締日		未		支払日		2		1. 当月 2. 翌月		16					
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	4 期間		03月01日~		04月01日~		05月01日~																		
	区分		03月31日分		04月30日分		05月31日分																		
	単価		支給額		支給額		支給額																		
	基本給		1000		64000				80000																
	通勤手当		20000		20000				20000																
	手当																								
現物給与																									
計		84000				0		100000																	
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。 基本給計算方法@1,000円×8時間×8日=64,000円 @1,000円×8時間×10日=80,000円																									
担当者氏名 ○○ ○○																									
上記のとおり相違ないことを証明します。																									
事業所所在地		東京都千代田区△△ 1-1										1		1. 平成 2. 令和		300617									
事業所名称		○○株式会社										事業主印		電話番号		03○○○○○○○○○○○○○○○○									
事業主氏名		健保 三郎																							

## 【事業主の方へ】

- 1 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(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。
- 2 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 3 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 4 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。

※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。