

記入例

健保記載欄

	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円× か月
	年 月 日	標準報酬月額	千円× か月
	年 月 日	標準報酬月額	千円× か月
	年 月 日	金日額	円
		始めた日	令和 年 月 日
算定式	× 日 =		
	× 日 =		
	合計	=	

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

記号	××	番号	××××	被保険者氏名	健保 花子			
被保険者住所		〒 000-0000		TEL: ×× - ×××× - ××××				
給付金の受給については事業主経由で給付いたします。								
被 保 険 者 記 入 欄 申 請 内 容	1. 在職中の方 (委任状)	事業主に委任します。 令和 ××年 ×× 月 ×× 日						
	2. 資格を喪失した方 (任継加入者含む)	被保険者氏名		健保 花子		銀行	支店	
		口座番号		口座名義 (加付)				
	出産 予定日	令和 ××年 ×× 月 ×× 日	出産日	令和 ××年 ×× 月 ×× 日	出産 児数	1 人		
	出産のため休んだ期間	令和 ××年 ×× 月 ×× 日 から	(××) 日間					
		令和 ××年 ×× 月 ×× 日 まで						
出産のため休んだ期間報酬を受けた 場合	令和 年 月 日 から							
喪失後の 期間につ いて	※ 「出産の 無職無 収入」	<p>◎ 資格喪失後、無職無収入の場合は「無職無収入証明」欄へ本人が証明してください。 (収入がある場合、その日額が出産手当金の支給額より少ない時は出産手当金とそ の収入の差額が支給されます。)</p> <p>※ 上記の証明以外別途、添付書類を求める場合もあります。 ※ 資格喪失後の請求の場合は備考欄を確認し□へ✓をして下さい。</p>						
	退職日	令和 年 月 日	上記の通り相違ありません。					
	無職 証明 無 収入							
	備考欄	<p>【必須】 以下の内容を確認して □ してください。</p> <p><input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。</p> <p>① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。</p> <p>② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。</p>						

【被保険者の方へ】

※ (任意) 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載した場合は記入不要です。)

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

(マイナンバーをご記入いただいた場合は、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。)

①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証 (写) またはパスポート (写) ②個人番号カード (両面) の写し

①②いずれか1点

※ 2 ページの「医師又は助産師の証明」欄へ証明を受けてから、事業主の証明を受けて下さい。

(出生証明書、母子手帳等の代替は不可)

記入例

労務に服さなかった日（出勤は○、有給は△、欠勤は×、公休は公でそれぞれ表示してください）		出勤	有給
令和 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
令和 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
令和 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
令和 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
令和 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
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		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給・ <input type="checkbox"/> 日給・ <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給・ <input type="checkbox"/> その他 ()	給与支払日	当月・翌月 () 日
上記の期間を含む期間の賃金支給状況			
事業主記載欄	種類	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
	基本給		
	通勤手当		
	手当	医師の証明を受けた後に、事業主の証明を受けて下さい。	
	計		
	(通勤手当計算方法)	定期券等による前払い 月～ 月までの 月分	定期券の金額
		1か月分の金額	
(欠勤控除計算方法)	1ヶ月分の金額	日数	欠勤日数
		欠勤控除額	
備考欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	上記のとおり相違ないことを証明します。	
担当者名		事業所所在地	
		事業所名	
		事業主名	

分娩予定日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 月）
分娩年月日	令和 年 月 日	胎の別	単胎・多胎
上記の通り相違ありません。			
医師又は助産師の証明	住所	氏名	令和 年 月 日
医師又は助産師	この申請書に医師の証明を受けて下さい。（代用不可）		

【訂正について】

※ 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）をご記入下さい。

【事業主の方へ】

※ 事業主が証明する欄記載後、備考欄に、確認後チェックを入れて下さい。

【医師証明欄について】

※ この申請書の「医師又は助産師の証明」欄へ証明を受けてください。（出生証明書、母子手帳等の代替え不可）

受付印