

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		③被保険者の生年月日			④資格取得年月日				
	①	②	昭 平	年	月	日	昭 平	年	月	日
	⑤被保険者（申請者の氏名と印） （フリガナ）				⑥事業所の名称			法人の役員ですか		
	⑦被保険者（申請者）の住所・電話番号 郵便番号： _____ 電話： _____ （相続人からの請求の場合・被保険者氏名： _____）				被保険者の業務の種類（退職している場合は在職中の業務の種類）			いいえ ・ はい		
	⑧ 分娩年月日		⑨ 分娩予定年月日		⑩ 単胎・多胎の別		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎			
	平成	年	月	日	平成	年			月	日
	⑪ 請求期間 （分娩のため休んだ期間）		平成 年 月 日から		日間	左に書いた期間中に報酬を受けましたか		<input type="checkbox"/> 全部受けた・全部受けられる <input type="checkbox"/> 一部受けた・一部受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない		
			平成 年 月 日まで							
	⑫ ⑪の期間中、出勤、有給がある場合		出勤日		有給日		計 日			
⑬ 報酬の支払を受けた（受けられる）ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間		平成 年 月 日から		の分として		円				
		平成 年 月 日まで								

振 込 口 座	銀行等に振込みを希望する場合		口座預金種別				預金口座名義人の氏名	
	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					
			預金口座番号					

※在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。
 ↓ 受取代理人の欄に記入・捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		代理人の氏名・印		被保険者（申請者）との関係		
	平成 年 月 日		①				
	被保険者（申請者）		代理人の住所・電話番号				
	住所						
氏名		①		電話		（ ）	

社会保険労務士氏名・印	①
-------------	---

※請求時は請求期間と、その期間前1ヶ月分の出勤簿、賃金台帳(共に写し)を添付してください。
 必要事項を記入し、□箇所は✓してください。実際の報酬支払額の欄は記載漏れのないようにしてください。

事業主が証明するところ	⑭ ⑪の期間のうち、労務に服さなかった期間		⑮現在の状況		⑯その期間中に報酬を支給しましたか			
	平成 年 月 日から		□ 欠勤中		□ 全部支給した □ 全部支給する			
	平成 年 月 日まで		□ 月 日から出勤		□ 一部支給した □ 一部支給する			
			□ 月 日付で退職		□ 支給しない			
	⑰報酬の支給形態		⑱報酬の締切日・支払日		⑲欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)			
	□月給 □日給月給 (締切日)		(支払日)		●基本給は □控除しない □控除する(欠勤1日につき)			
	□日給 □時間給 □当月□翌月 □当月□翌月		□日締 □日払		●諸手当は □控除しない □控除する(欠勤1日につき)			
	□その他()				●その他()			
	⑳ ⑭の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください							
			基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	
実際の報酬支払額	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	
月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /		
	年 月 日まで	円	円	円	円	円		
㉑ うえのとおり相違ありません。 事業所の所在地 平成 年 月 日 事業所の名称 事業主氏名・印 ㊟ 電話 ()								

医師又は助産師が証明するところ	⑳ 分娩年月日		㉑ 分娩予定年月日		㉒ 生産・死産の別		㉓ 単胎・多胎の別	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日		□ 生産 □ 死産 (妊娠第 週又は第 月)		□ 単胎 □ 多胎	
	上記のとおり相違ありません。医療機関所在地							
	平成 年 月 日		医療機関の名称		医師又は助産師の氏名・印		㊟	
		電 話						