

健康保険 出産手当金支給申請書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【被保険者（申請者）情報】								
	①被保険者証の記号・番号				②氏名				
	記号		番号						
	③生年月日		年	月	日	④資格取得日	年	月	日
	⑤住所		〒 -						
	⑥日中連絡の取れる電話番号			⑦メールアドレス					
	【申請内容】								
	⑧出産前の申請ですか、出産後の申請ですか。				<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請				
	⑨ ⑧で「出産前の申請」の場合は出産予定日、「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	令和	年	月	日
					出産日	令和	年	月	日
	⑩出産のために休んだ期間（申請期間）				令和	年	月	日から	日間
					令和	年	月	日まで	
	⑪ ⑩の出産のために休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	【給付金受取先】								
	⑫ <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用しない場合は下記の欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。								
⑬金融機関名		⑭支店名		⑮口座番号（7ケタ）		⑯口座名義（カナ）			
				普通					
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。									
⑰ 委 任 状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。				令和	年	月	日	
	被保険者の		住所						
	氏名								
	代理人の		住所						
	氏名								

—健康保険組合使用欄—

資格取得日	年	月	日	支給期間・日数	令和	年	月	日から	日間
資格喪失日	年	月	日		令和	年	月	日まで	
標準報酬月額	千円			支給額	円				
標準報酬日額	円								
支給日額	円								

支給印

受付印

事業主が証明するところ	⑱ 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	一部就労日がある場合、その日数 日間	
	⑲ 上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か。	はい ・ いいえ	⑳ 賃金計算	締日	日
				支払日	当月 ・ 翌月 日
	㉑ 報酬の名称	㉒ 支給対象期間	㉓ 支給額	㉔ 支給・控除額の計算式	
		月 日～ 月 日	円		
		月 日～ 月 日	円		
		月 日～ 月 日	円		
		月 日～ 月 日	円		
	通勤手当	月 日～ 月 日	円		
	㉕ 上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 TEL ()				

医師または助産師が記入するところ	㉖ 出産者氏名				
	㉗ 出産年月日	令和 年 月 日	㉘ 出産予定年月日	令和 年 月 日	
	㉙ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	㉚ 生産または死産の別	生産 ・ 死産 (週)	
	㉛ 上記内容について相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 TEL () ※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。				

※記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者の氏名(サイン)を記入してください。

※期間(日数)の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。

例) 6月13日から6月19日は7日間 となります。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

◆申請及び記入上のご注意

- ・ 出産手当金は被保険者が出産のために会社を休み、給料が支給されない期間に支給されるもので、出産日（出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）目から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、出産当日は出産日以前に含まれます。
- ・ 妊娠4カ月（85日）以降の出産であれば、生産・早産・死産（流産）・人工妊娠中絶（母体保護法に基づく場合）を問わず支給されます。
- ・ 出産のために休んだ期間（申請期間）が過ぎてからご申請ください。
- ・ 被保険者の資格を喪失した日の前日（退職日等）まで被保険者期間が継続して1年以上（任意継続被保険者期間は除く）あり、その被保険者資格を喪失した日の前日に出産手当金を受けているか、もしくは受けられる状態であれば、資格喪失後も引き続き支給を受けることができます。
※退職日に出勤した場合は、資格喪失後の出産手当金を受けられません。

被保険者の方へ

1. ①の欄は被保険者証（保険証）に書かれている「記号」「番号」をご記入ください。枝番は記入不要です。
2. ⑩の欄は出産のため労務に服さなかった期間（公休日を含む）をご記入ください。
3. ⑬～⑯の欄は被保険者（本人）または代理人の希望する振込先金融機関名などをご記入ください。
4. ⑳～㉓の欄は医師または助産師に記入を依頼してください。

事業主の方へ

1. ㉔～㉖の欄は⑱の期間に賃金が支払われている場合に、支払った報酬の名称（有給休暇、通勤手当等）、支給対象期間、支給額をご記入ください。
2. ㉗の欄は賃金支給状況が分かるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

<添付書類>

申請期間にかかる下記の書類をご提出ください。

●出勤簿の写し

※「出勤・有休・欠勤」など、勤怠の表示があるものをご提出ください。

●賃金台帳の写し

※欠勤控除が翌月以降になる場合は欠勤控除を行った月の賃金台帳の写しをご提出ください。