

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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 令和 年 月 日	----- 出 産 日 令和 年 月 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	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。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	円
	6 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	

同意欄	私は、保険給付の支給可否決定に係る調査のため、貴健康保険組合が関係機関に対して照会を行うこと、ならびに当該決定に必要な情報を提示することについて同意いたします。また、本同意書の写しも有効に取り扱われることに同意いたします。
	令和 年 月 日 被保険者署名

医師または助産師以外の者が記入または訂正することはできません。

医師・助産師記入欄	出産者氏名						
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日			
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和 年 月 日		
	医療施設の所在地						
	医療施設の名称						
医師・助産師の氏名	TEL	()					

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

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。
初回申請時には、申請期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分の「賃金台帳」及び「出勤簿（タイムカード）」のコピーを添付してください。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

勤務状況 【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。

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	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

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

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 支払日 当月 翌月

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	区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	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。
				～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	
				支給額	支給額	支給額	
	基本給						
	通勤手当						
	住居手当						
	扶養手当						
	手当						
	手当						
	現物給与計						

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 担当者氏名

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ()

記入例

1 2 3 4 5

被保険者氏名 協会 花子

【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。

平成 26年 2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	出勤	有給
平成 26年 3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	0日	0日
平成 26年 4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	9日	0日
平成 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

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

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 支払日 当月 16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。

支給した(する)賃金内訳	区分	期間	単価	2月1日	5月1日	月 日	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×5日 =40,000円 @1,000円×8時間×9日 =72,000円
				～ 2月28日分	～ 5月31日分	～ 月 日分	
				支給額	支給額	支給額	
	基本給		1,000	40,000	72,000		
	通勤手当		20,000	20,000	20,000		
	住居手当						
	扶養手当						
	手当						
	手当						
	現物給与計						

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 26年 6月 16日 担当者氏名 ○ ○ ○

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1 事業所名称 ○ ○ 株式会社 事業主氏名 健保 三郎 電話 03 () () () () () ()

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所から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。

【事業主の方へ】

2 労務に服さ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。

3 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。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さ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。