

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。  
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日	昭和 平成	60年 7月 10日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 ( 7891 ) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	出産予定日	令和 2年 5月 21日	出産年月日	令和 2年 5月 22日			
	出産のため 休んだ期間	令和 2年 4月 10日	から	令和 2年 7月 17日	まで	99	日間
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	現在まで	受けた ・ 受けない				
		今後	受けられる ・ 受けられない				
	■上記で報酬を受けるまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。						
報酬支払期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	日間		
受けた報酬額	円	受ける報酬額	円				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和 2年 3月 4日	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		
被保険者 (申請者)	氏名	健保 太郎	
代理人 (実際に給付を受領する者)			
振込先情報	金融機関名称	店番号	123
	預金種別	普通 当座	ケンポタロウ

任意継続被保険者・退職者以外は、  
委任状欄にご記入ください。  
任意継続被保険者・退職者は、  
振込先情報欄にご記入ください。

医師・助産師の証明	出産者氏名	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎			または第 週)
	上記のとおり相違ないことを				月 日
	医療施設の 医療施設の 医師・助産師の氏名	この欄は、医師または助産師に 証明を依頼してください			

備考	個人番号 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄	被保険者氏名																																
	勤務状況【出勤は○】・	この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください																														出勤	有給
	令和 年 月 1 2 3 4																														31	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																															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																															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																															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		賃金計算	締日	日																											
	給与の種類	月給 時間給	日給 歩合給	日給月給 その他( )	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月																											
	上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間		支給額	支払日																												
		年 月 日 ~	年 月 日	円	月 日																												
		年 月 日 ~	年 月 日	円	月 日																												
		年 月 日 ~	年 月 日	円	月 日																												
	現在まで、または将来も支給しない場合はその理由																																
	賃金計算方法(欠勤控除等)																																
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和	年	月 日																											
所在地																																	
名称																																	
事業主氏名																																	
電話																																	

【事業主の方へ】

- 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。
- 勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。
- 賃金台帳の写しを添付してください。