

出産手当金支給決定伺

常務理事		事務長		係		支給決定額					円	
資格取得日	平・昭・令	年	月	日	給付 日額	円	支給 期間	平・令	年	月	日から	日間
資格喪失日	令和	年	月	日				平・令	年	月	日まで	日間
前回までの 支給期間	平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	入院 期間	円	平・令	年	月	日から	日間	
法第108条 適用	平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで			分娩前	日	分娩後	日		

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 - )	都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

振込先指定口座	<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。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄に振込口座を記入してください。) 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。					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係	

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

確認欄 (チェック)	<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。	(R4.10)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。 (マイナンバーを記載した場合は、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)		<input type="radio"/>
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

受付日付印

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

医師・助産師記入欄	出産者氏名										
	出産予定年月日	平・令	年	月	日	出産年月日	平・令	年	月	日	
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 ( ) 児	生産または死産の別	<input checked="" 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。&gt;&gt;&gt;

# 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。

**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

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

勤務状況

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	日	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	日	日
平成 26年 5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

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 (○○○○)○○○○

印不要

### 【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。

※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)をご記入ください。