

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入

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

退職後に請求する場合は、下記にご記入ください。(被保険者名義)

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所																				
	預金種別	普通口座	口座番号 <input type="text"/>																				
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。) <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長			担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
支払年月日	年	月	日	
支給額				円

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

被保険者氏名

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。	1. 出生前の申請	2. 出生後の申請	
	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"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	出 産 日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 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。	1. はい	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"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日 まで	円	
	6 出生児の数		() 児	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	
	出産予定年月日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 年 月 日	出産年月日 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 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。	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> () 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 ()	

「事業所記入用」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

労務に服することができなかった期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																	雇用区分		正社員 ・ その他 ()												
	勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】で、【半日欠勤等は×】でそれぞれ記入してください。																															
	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
	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
	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
	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
	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
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か?		<input type="checkbox"/> はい		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締日		日																		
		<input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		日																		
						<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他																								
上記の期間分として支払う報酬																																
報酬の名称	支払の対象となった期間																	支払金額				支払日										
基本給	年	月	日	年	月	日														円	(日額	円)	月	日								
手当	年	月	日	年	月	日														円	(日額	円)	月	日								
手当	年	月	日	年	月	日														円	(日額	円)	月	日								
手当	年	月	日	年	月	日														円	(日額	円)	月	日								
労務に服さなかった日数	日間		労務に服さなかった日について報酬を支払わなかった場合は、その理由																													
上記のとおり相違ないことを証明します。																				<input type="checkbox"/> 令和				年		月		日				
																				<input type="checkbox"/> ()												
事業所所在地																																
事業所名称																																
事業主氏名																																

添付書類

- ①賃金台帳のコピー
- ②出勤簿のコピー