

健康保険出産手当金申請書

【被保険者】

被 保 険 者	記号		番号		枝番	00	事業所名	
	フリガナ						【被保険者】	〒 電話
	氏名						住 所 連絡先	

組合処理欄	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
-------	-------------------------	----

申 請 内 容	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	②出産のため休んだ期間（申請期間）		令和 年 月 日 から	日間
			令和 年 月 日 まで	
	③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。			はい いいえ
	「はい」の場合、その基礎となる期間とその報酬額をご記入ください。			
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			円
備考				
振 込 先	健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。 ☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。			

注）被保険者口座以外を希望する場合、下記受取代理人欄の記入が必要です。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		代理人との関係							
		氏名									
	代理人	住所									
		氏名									
		電話									
	金融機関コード		金融機関名		口座種別	口座番号					
				普通 当座							
店番号		支店名		口座名義（カタカナ）							

医 師 又 は 助 産 師 の 記 入 欄	出産者氏名			【医師又は助産師】			
	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 （ 児）	生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠 ヶ月）			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
	医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師名 電話番号						

※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。

健康保険出産手当金申請書

【事業主】

事業主の証明欄	記号		番号		枝番	00	被保険者氏名					
	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から					日間	欠勤	日	有給	日
			令和 年 月 日 まで									
	賃金等支給状況 (該当に☑)		賃金	☐ 支給しない		☐ 支給予定		☐ 一部支給		☐ 全部支給		
			通勤費	☐ 支給なし		☐ 支給あり [☐ 精算なし ☐ 精算あり]						
	締支払日	毎月		日締		当月	翌月	日支払		勤怠控除	当月	翌月
賃金形態	☐ 役員報酬	☐ 固定給	☐ 日給月給		☐ 日給	☐ 時間給		☐ その他 ()				
上記のとお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 電話番号												

※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。

社会保険労務士記載欄	
------------	--

[事業主の方へ] 下記添付書類の添付をお願いします。 ・ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿および賃金台帳 ・ 通勤費の支給および清算がある場合、その金額が記載された賃金台帳または通勤費に係る支給明細書等 ・ 賃金形態が役員報酬の場合、報酬額を減額または不支給に改定した取締役会の議事録 ◆賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について、計算方法を明示した資料を添付してください。 ◆通勤費は支給期間および支給内容（定期券代、実費交通費、ガソリン代等）を記載してください。 ・ 被保険者の口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。

健康保険出産手当金申請書

【被保険者】

被 保 険 者	記号	9999	番号	12	枝番	00	事業所名	㈱健保企画
	フリガナ	ケンボ ヤスコ					【被保険者】	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名	健保 康子					住 所 連絡先	横浜市西区北幸〇-〇-〇

組合処理欄	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
-------	-------------------------	----

申 請 内 容	出産予定日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出産日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	②出産のため休んだ期間（申請期間）		令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から	〇〇 日間
			令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	
	③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。		はい	いいえ
	「はい」の場合、その基礎となる期間とその報酬額をご記入ください。			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		円		
備考				
振 込 先	健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。 ☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。			

注）被保険者口座以外を希望する場合、下記受取代理人欄の記入が必要です。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		代理人との関係	
	氏名				
	代理人	住所 氏名 電話			
	金融機関コード	金融機関名	口座種別	口座番号	
			普通 当座		
	店番号	支店名	口座名義（カタカナ）		

医 師 又 は 助 産 師 の 記 入 欄	出産者氏名	健保 康子	【医師又は助産師】	
	出産予定日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出産日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 （ 児）	生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠 ヶ月）
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
	医療施設所在地	横浜市西区南幸〇-〇〇-〇〇		
医療施設名称	総合健保病院			
医師・助産師名	産方 道子			
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			

※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。

健康保険出産手当金申請書

【事業主】

事業主の証明欄	記号	9999	番号	12	枝番	00	被保険者氏名				健保 康子			
	労務に服さなかった期間		令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から					日間	欠勤	〇〇 日	有給	〇〇 日		
			令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで											
	賃金等支給状況 (該当に☑)		賃金	☒ 支給しない		☐ 支給予定		☐ 一部支給		☐ 全部支給				
			通勤費	☒ 支給なし		☐ 支給あり		[☐ 精算なし ☐ 精算あり]						
	締支払日	毎月	末	日締	当月	翌月	25	日支払	勤怠控除	当月	翌月	翌々月		
賃金形態	☐ 役員報酬		☐ 固定給		☒ 日給月給		☐ 日給		☐ 時間給		☐ その他 ()			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所所在地 相模原市中央区〇-〇-〇 事業所名称 (株)健保企画 事業主氏名 健保 健太郎 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇														

※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。

社会保険労務士記載欄	
------------	--

[事業主の方へ] 下記添付書類の添付をお願いします。 ・ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤簿および賃金台帳 ・ 通勤費の支給および清算がある場合、その金額が記載された賃金台帳または通勤費に係る支給明細書等 ・ 賃金形態が役員報酬の場合、報酬額を減額または不支給に改定した取締役会の議事録 ◆賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）について、計算方法を明示した資料を添付してください。 ◆通勤費は支給期間および支給内容（定期券代、実費交通費、ガソリン代等）を記載してください。 ・ 被保険者の口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を提出してください。
