

記入例

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号または個人番号	1 - 123456	被保険者資格取得日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成 〇 年 〇 月 〇 日
	被保険者氏名	ケンボ ハルミ		〒 000-0000	被保険者住所	
	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇 県 〇〇 市 1-2-3	〇〇 マンション 105 号室	
	所属部署名及び電話	株式会社 〇〇〇 〇〇 店		電話 00 (1234) 5678	電話 00 (4321) 8765	
	出産年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日	出産予定年月日	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		
出産のため休んだ期間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間		平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間			
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・受けない	将来	受けられる・受けられない		
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から	の分として 円				

※未記入でお願い致します

事業主が証明するところ	産前・産後休暇の期間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 まで	
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間	の分の報酬を 円	
	②一部支給した場合又は支給する場合	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間	の分の報酬を 円	
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	
	※ 必要添付書類	産前・産後休暇期間の「出勤簿」及び「賃金台帳」の写し		
上記のとおり相違ないことを証明します。				
令和 〇 年 〇 月 〇 日				
所在地				
事業主 名称				
氏名				
電話				

※事業主の証明が必要です

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	出産予定年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 〇 月)	
	出生児の数	単胎・多胎(〇 児)			
	入院して出産したときは、その期間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 日 間	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 まで	入院の費用の別	健保・公費 自費・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 月 〇 日					
所在地 〒					
名称					
医師・助産師の氏名					
電話					

※医師又は助産師の証明が必要です

給付金の受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込みを希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書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 〇 年 〇 月 〇 日
	※給付金の受領を受取代理人に委任する場合は		
	記入してください		
代理人	氏名	委任者	
	住所	電話	

※資格を喪失後に申請される方のみご記入ください。原則として給与口座に振り込まれます。1ヶ月以内に給与口座に変更(名義含む)のあった方もご記入ください。

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店
	支店番号	普通・当座	支店
	口座番号(右づめ)		
	名義人(フリガナ)		

口座は資格を喪失した方のみ記入してください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出

受付日付印