

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証等の 記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ						被保険者 (請求者) 住 所	〒				
	生年月日	昭和・平成 年 月 日						電話	()				
	事業所名 及び部署	電話 (内線)							社員番号				
	出産年月日	平成 令和	年	月	日	出産予定 年 月 日	平成 令和	年	月	日			
	出産のため 休んだ期間	年 月 日 から						日間					
		年 月 日 まで											
	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	年 月 日 から		の分として 円									
		年 月 日 まで											
支 払 金 融 機 関	銀 行 本店 信用金庫 支店												
	支店番号		普通・当座	口座番号									
	名義人(フリガナ)												
	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください												

年 月 日提出

受付日付印

備 考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名												
	出産年月日	年	月	日	出産予定年月日	年	月	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(妊娠ヶ月)							
	出生児の数	単胎・多胎(児)											
	入院して出産したときは、その期間	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	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。													
											年	月	日
所在地													
職名() 名称													
氏名													
電話													

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	給与の締日及び支払日	日締	日払		
	うえの期間中 の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合又は支給する場合	年	月	日	から	年	月	日	まで	の分の報酬を	円				
		②一部支給した場合又は支給する場合	年	月	日	から	年	月	日	まで	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	年	月	日	から	年	月	日	まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。					
	上記のとおり相違ないことを証明します。															
														年	月	日
所在地																
事業主 名称																
氏名																
電話																

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

社会保険労務士記載欄