

# 記入例

## 健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

1/2

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	被保険者 (申請者) の氏名と 生年月日	石油 咲子		
	600-123		昭平・令 60 年 9 月 1 日生		
	被保険者の現住所	〒 123-4567 名古屋市東区南桜 1-2-3 電話 (123) 456 - 7890			
	事業所の名称	(株) 石油 健保	被保険者の資格を取得した日	平成 19 年 4 月 1 日	
	出産日	令和 3 年 4 月 20 日	出産予定日	令和 3 年 4 月 15 日	
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 3 年 3 月 5 日 から		103 日間	
		令和 3 年 6 月 15 日 まで			
	出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、また今後受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 今後受けない			
上記で報酬を「受けた」・「今後受ける」とされた場合の報酬の基礎となる期間と報酬の額を記入ください	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		の分として ..... 円		

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。
	令和 3 年 7 月 10 日
	住所 名古屋市東区南桜 1-2-3
	被保険者の (申請者) 氏名 石油 咲子
事業所所在地 名古屋市東区西桜 3-2-1	
委任された者の 事業所名称 (株) 石油 健保	
事業主氏名 代表取締役 東海 太郎	

令和 3 年 7 月 10 日提出

受付日付印

※被保険者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、備考欄にマイナンバーを記載してください。  
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(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。)

備考欄

記号・番号を記載した場合、本欄への記載は不要です。

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

事業主が証明するところ	被保険者氏名	石油 咲子				
	労務に服さなかつた期間	就労状況 (出勤は○ 欠勤は× 有給は△ 公休は公 でそれぞれ表示してください)				
	令和 3年 3月 5日から 令和 3年 6月 15日まで	3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			
		3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			
		3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			
		3年 6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			
	1ヵ月分の基本給や諸手当の額 (支給の有無に関係のない単価を記入)	実際に支払った基本給や諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)				
		3月 1日~3月 31日	4月 1日~4月 30日	5月 1日~5月 31日	6月 1日~6月 30日	
	基本給・日給 月給・時間給	300,000円	40,916円	0円	0円	
	住宅手当 (無)・有	円				
通勤手当 無・有	30,000円	4,103円	0円	0円		
家族手当 (無)・有	円					
手当	円					
手当	円					
出勤日数	4日間	0日間	0日間	0日間		
欠勤日数	19日間	22日間	22日間	22日間		
有給日数	0日間	0日間	0日間	0日間		
給料の種類	月給・日給 (日給月給) 時間給・その他 ( )	給料締切日 月末日締 翌月 10日払	賃金計算方法 (欠勤控除等計算方法)	(具体的に記入) 基本給 基本給 (月稼働日数) × 欠勤日数 = 欠勤控除 通勤手当 月額 (月稼働日数) × 欠勤日数 = 欠勤控除		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和令和 3年 7月 10日 事業所所在地 名古屋市東区西桜 3-2-1 (記載者氏名 東海 花子 ) 事業所名称 (株)石油健保 事業主氏名 代表取締役 東海 太郎 電話番号 ( 098 ) 765 - 4321 ※賃金台帳・出勤簿のコピーを添付してください。						

医師又は助産師が意見を書くところ	出産者氏名			
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヵ月)
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	上記のとおり相違ありません。 ( 年 月 日 )			
	<b>医師・助産師記入欄</b>			
	医療施設の所在地			
	医療施設の名称			
	医師・助産師の氏名			
	電話 ( ) -			