

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 昭・平・令 年 月 日生		
	被保険者の現住所 〒 —		電 話 ( ) —		
	事業所の名称		被保険者の資 格を取得した日		年 月 日
	出 産 日		令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
	出産のため休んだ 期間(申請期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日 間		
	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 type="checkbox"/> 今後受ける	<input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後もしない
	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 年 月 日	
	住所	被保険者の (申請者) 氏 名
	事業所所在地	委任された者の 事業所名称 事業主氏名

令和 年 月 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	
-------	--

# 健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

2/2

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																
	労務に服さなかった期間	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 年 月 日から	年 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
		年 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
	令和 年 月 日まで	年 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
		年 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)																															
		月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日																												
	基本給・日給 月給・時間給	円	円	円	円	円																											
	住宅手当 無・有	円																															
	通勤手当 無・有	円																															
	家族手当 無・有	円																															
	手当	円																															
	手当	円																															
	出勤日数		日間	日間	日間	日間																											
欠勤日数		日間	日間	日間	日間																												
有給日数		日間	日間	日間	日間																												
給料の種類	月給・日給・日給月給	給料締切日	日締	賃金計算方法 (欠勤控除等計算方法)	(具体的に記入)																												
	時間給・その他 ( )	給料支払日	日払																														
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 ( ) -																															
(記載者氏名 )																																	
※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。 証明日 令和 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 電話 ( ) -													