健康保険 出産手当金支給申請書（第　　回）

被保険者（申請者）の記入欄

① 被保険者等記号・番号	（記号）　　ー　（番号）			② 事業所名	
被保険者（申請者）の	③氏名及び生年月日	（カナ） 昭和 平成 令和　年　月　日	④住所	〒　　ー TEL　（　　）	
⑤出産予定日	令和　年　月　日	⑥出産年月日	令和　年　月　日	⑦出生児の数	単胎 ・ 多胎（　　児）
⑧ 出産のため休んだ期間（申請期間）	年　月　日から 年　月　日まで　日間	⑨ 休んだ期間の報酬は	受けた（る）・受けない	⑩ ⑨で「受けた（る）」と答えた場合は、その期間と報酬額	年　月　日から 年　月　日まで 円

⑪振込口座

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用しますか　□ はい（口座情報の記入は不要）

注1：公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します

注2：受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません　□ いいえ（口座情報の記入が必要）

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
（カナ）	（カナ）	普通 その他（　　）		（カナ）

⑫備考　　※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者（申請者）名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

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。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

代理人　委任者との関係（　　）　住所　電話（　　）　氏名

事業主の証明欄

労務に服さなかった期間	年　月　日から　ただし　は出勤 日間 年　月　日まで　ただし　は有給	左の期間に報酬を支給しました(します）か	はい ・ いいえ	報酬計算　締切日　日　支払日　当月　翌月　日
報酬支給形態	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	欠勤した場合の報酬の支給方法（欠勤控除方法）について、具体的に記入してください		

上記の期間中における報酬（今後支払う予定の報酬も含む）について計算期間毎に記入してください。

		基本給	手当	手当	手当	手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円
報酬支払額	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円
	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円
	月　日～月　日	円	円	円	円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話（　　）

医師または助産師の意見欄

出産者氏名		出産予定日	年　月　日	出産年月日	年　月　日
出生時の数	単胎 ・ 多胎（　　児）	生産または死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　　週）		

上記のとおり相違ありません。　年　月　日

医療機関等所在地

医療機関等名称

医師（助産師）氏名　　電話（　　）

受付年月日

◎ 添付書類（申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります）

・ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間と、その期間前1カ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写し