

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

記入例

被保険者
申請者
情報

| | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|----|------|--|-----|----|----|
| 記号 | 100 | 番号 | XXXX | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者等の (右づめ) | | | | <input type="checkbox"/> 昭和 | 06 | 03 | 01 |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| 氏名 | (フリガナ) ケンポ ヒロミ 健保 ひろみ | | | | | | |
| 住所 | (〒 5XX- 0000) 大阪 都府県 大阪市〇区〇〇 | | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 06 (5555) 0000 | | | けんぽマンション〇〇〇 | | | |
| 事業所名 | (株)フレッシュ ダスキン | | | 所属(勤務)先 | 総務部 | | |

振込先
指定口座

| | | | |
|------------|--|------|----------------------|
| 金融機関 名称 | 〇〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
| 預金種別 | 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | 1234567 左づめでご記入ください。 |
| 口座名義 | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンポ ヒロミ | | |

申請
内容

| | |
|---|--|
| 1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。 | 2 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請 |
| 2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。 | 出産予定日 令和 3 年 5 月 3 日 出産日 令和 3 年 5 月 5 日 |
| ★ 3 出産のため休んだ期間(申請期間) | 令和 3 年 3 月 25 日 から 98 日間 令和 3 年 6 月 30 日 まで |
| 4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 | 2 1. はい 2. いいえ |
| 5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで |
| 6 出生児の数 | 単胎 多胎 (1 児) |

★ 申請内容 3 について

公休日も含んだ期間を記入してください。なお、この期間全てが到来する前に申請することはできません。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入例

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主・医師・助産師記入用

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の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

| | | | | | | | | |
|-------------|---|----------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| 事業主が証明するところ | 被保険者氏名 健保 ひろみ | | | | | | | |
| | 療養のため休んだ期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input checked="" type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他 | | 賃金計算 締日 支払日 | | 末 25 日 | |
| | 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。 | | | | | | | |
| | 支給した(する)賃金 | 期間 区分 | 単価 | 3月1日 ～3月31日 支給額 | 4月1日 ～4月30日 支給額 | 5月1日 ～5月31日 支給額 | 6月1日 ～6月30日 支給額 | 賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)や 賃金台帳と相違がある場合 についてご記入ください。 |
| | 基本給 | | 1,200円/時 | 120,000円 | | | | |
| 通勤手当 | | 420円/日 | 8,400円 | | | | | |
| 住居手当 | | | | | | | | |
| 扶養手当 | | | | | | | | |

産前、産後等、複数回に分けて申請することも可能ですが、当該期間に対する事業主証明は、都度必要となります。

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 3 年 〇 月 〇 日

担当者
氏名

健保 良子

事業所所在地 〒〇〇〇-〇〇 〇〇県〇〇市〇〇-〇
事業所名称 (株)フレッシュ ダスキン
事業主氏名 代表取締役 島 大作

電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

医師・助産師記入欄は、1回目の申請が出産後の証明である時は2回目以降は省略可能となります。

| | | | | |
|-----------|--------------------|----------------------------------|-----------|------------------------|
| 助産師記入欄 | 出産予定年月日 | 令和 年 月 日 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 出生児の数 | (単胎) (多胎) (児) | 生産または死産の別 | (生産) (死産) (妊娠 週) |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | |
| | 医療施設の所在地 | 出産を担当した医師または助産師に 記入を依頼してください。 | | |
| | 医療施設の名称 | TEL () | | |
| 医師・助産師の氏名 | | | | |

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

| | |
|-------|----------|
| 決定年月日 | 令和 年 月 日 |
| 支給年月日 | 令和 年 月 日 |

| 健康保険組合決裁欄 | | | |
|-----------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |