

※記載内容を訂正（書き損じ等）した場合※  
訂正箇所にて二重線を引き、**被保険者（申請者）のサインまたは押印**を  
お願いします。修正液等は使用しないでください。

支 給 額										円
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーをご記入ください。						
	② 氏名	(フリガナ)		③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	④ 住所	〒		—	都・道 府・県					
	⑥ 事業所名称			⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	( )					
					⑦ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ委任します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

申 請 内 容	⑧ 出産予定日	令和	年	月	日							
	⑨ 出産日	令和	年	月	日							
	⑩ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)										
	⑪ 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
	⑫ 出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
「はい」の場合、その報酬支払の基礎と なった(なる)期間と報酬額をご記入ください。		令和	年	月	日	から						
		令和	年	月	日	まで	円					

◎振込先には②欄の被保険者(申請者)の口座または事業所より届出されている口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は下記の欄を記入)								
	金融機関名称	銀行コード			銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )			
		支店コード			支店・本店・出張所 その他( )	口座番号				
	口座名義 (カタカナで記入)	※アルファベット登録の方はアルファベットでご記入ください。				口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人			

◎今回の給付金の受取を事業所に委任する場合はご記入ください。

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
	受領代理人	氏名

受付日付印

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主/医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

※ 健保使用欄	<input type="checkbox"/> 産前産後分
	<input type="checkbox"/> 産前分
	<input type="checkbox"/> 産後分

## 【事業主のみなさまへ】

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には**事業主のサインまたは押印**をお願いします。
- ・「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ずご添付ください。
- ・下記「※1 ㉞証明日」は「㉞労務に服さなかった期間」の末日以降の日付をご記入ください。

事業主が証明するところ	㉞ 被保険者氏名										
	㉞ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から	㉞ この期間に賃金を支給しました(します)か。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
		令和 年 月 日 まで	出勤のため、上記の期間から除く日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/8~3/11、3/13、3/22)								
	㉞ 被保険者の	給与体系	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日	給与支払日	<input type="checkbox"/> 当月	日
㉞ 上記の期間に対して、報酬の全部または一部支給した(する)場合		<input type="checkbox"/> その他( )							<input type="checkbox"/> 翌月		
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円					円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円					円	
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円					円	
上記のとおり相違ないことを証明します。											㉞ 令和 年 月 日 ※1
㉞ 所在地											
㉞ 事業所名称											
㉞ 事業主氏名											電話番号 ( )

## 【医師・助産師へのお願い】

- ・記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には**医師・助産師のサイン**または押印をお願いします。

保険料補助

※ 健保使用欄

円

医師・助産師記入欄	㉞ 出産者氏名										
	㉞ 出産予定年月日	令和 年 月 日									
	㉞ 出産年月日	令和 年 月 日									
	㉞ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎( 児)								
	㉞ 生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週)								
上記のとおり相違ないことを証明します。											㉞ 令和 年 月 日
㉞ 所在地											
㉞ 医療機関名											
㉞ 医師・助産師の氏名											電話番号 ( )