

支給額										円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※ 記載内容を訂正した場合は、訂正箇所に申請者のサインまたは押印をお願いいたします。

健康保険 出産手当金 支給申請書 (第 1 回目) (被保険者記入用)

被保険者情報	① 被保険者証 記号 9876 番号 54321	② 資格取得年月日 昭・平(令) △△ 年 △ 月 △ 日
	③ 氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ	④ 生年月日 昭(平) ×× 年 × 月 × 日
	⑤ 住所 〒 113 - 0000 東京 (都) 道 文京区〇〇 (府) 県 × - × - ×	⑥ 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××
	⑦ 事業所名称 株式会社 □□□□	⑧ 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✓)

申請内容	⑨ 出産予定日	令和 △△ 年 △ 月 △ 日
	⑩ 出産日	令和 △△ 年 △ 月 △ 日
	⑪ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	⑫ ④ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 3 月 1 日 から 令和 5 年 6 月 6 日 まで 92 日間 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例:3/3~3/6、3/10、3/15) 3/3~3/6、3/10、3/15
	⑬ 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 checked="" 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 円
	令和 年 月 日 まで

⑬ 振込先には被保険者(③欄の方)の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、下記の口座情報の記入は不要です。)		
	金融機関名称	銀行コード 1 2 3 4 〇〇〇〇 (銀行 金庫・信組 郵便・その他())	預金種別 (普通) 当座・その他()
	支店コード 9 8 7 △△△△ (支店 本店・出張所 その他())	口座番号 7 6 5 4 3 2 1	口座名義 (カタカナで記入) ケンボ ハナコ

⑭ 事業所への委任の場合のみご記入ください。

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。	受付日付印
	受領代理人	氏名	

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。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

① 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、③欄に被保険者氏名を記入し、右スペースに申請される方の氏名を記入してください。
(住所・振込先口座は、申請される方の住所・口座をご記入ください)
※申請者が被扶養者以外の場合は、戸籍謄本の原本等が必要となります。
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。

③ 本申請を事業所(事業主)経由で提出する場合は、必ず☑をしてください。

④ ・申請期間をご記入ください。出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日目までの期間を限度として申請することができます。(出産日は産前に含まれます)
・出勤した期間は、申請期間から除いてください。
・申請期間の途中に出勤がある場合は、「上記の期間のうち出勤した日」欄に記入してください。(出勤した日を申請期間の始まり・終わりの日にすることはできません)
(例) 3月1日から6月6日までの期間を申請するが、3月3日(金)から3月6日(月)までの4日間と3月10日(金)と3月15日(水)を出勤した場合

⑫ ④ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 3 月 1 日 から 令和 5 年 6 月 6 日 まで 92 日間 上記の期間のうち出勤した日 注: 具体的な日付をご記入ください。(例:3/3~3/6、3/10、3/15) 3/3~3/6、3/10、3/15
----------------------	---

・ご記入いただいた申請期間に対応する期間について、「事業主の証明」と「医師・助産師記入欄」をいただけてください。(申請書2枚目)
※医師の意見書等が外国語の場合は、翻訳者の住所・氏名・電話番号を明記した翻訳書を添付してください。

添付書類 ※内容審査に必要なときは別途、添付書類の提出をお願いする場合があります。
※ご提出いただいた原本は返却できません。

申請期間にかかる出勤簿・賃金台帳(写し)

※出勤簿と賃金台帳は給与の締め日および支払日を経過した後に発行したものをご提出ください。
※欠勤控除を翌月以降に行う場合は欠勤控除をした月の賃金台帳の写しを併せてご提出ください。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主/医師等記入用」も必ずご提出ください。

※ 提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 保険給付課

記入例 | 出産手当金支給申請書 事業主証明欄

東京都電機健康保険組合 | 保険給付課 03-3834-7214

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)

東京都電機健康保険組合

【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いたします。
- ・「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
- ・下記「※1 ㊦証明日」は申請期間の賃金の締め日以降の日付となります。

事業主が証明するところ	㊦ 被保険者氏名	健保 花子					
	㊥ 労務に服さなかった期間	㊧ 令和 5 年 3 月 1 日 から	92 日間	㊨ この期間に賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
		令和 5 年 6 月 6 日 まで					
	上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15) ㊩ 3/3~3/6、3/10、3/15						
㊪ 被保険者の	給与体系	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> その他()	賃金計算	締日	末日	給与支払日	当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月
㊫ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した(する)場合	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	日額	円		
㊬ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ×× 年 △ 月 △ 日 ※1							
㊭ 所在地	東京都文京区△△1-2-3						
㊮ 事業所名称	〇〇〇〇株式会社						
㊯ 事業主氏名	〇〇 〇〇	電話番号	△△(□□□□)××××				

- 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。(被保険者の申請期間)
- ①の期間に、基本給や各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。
- 労務に服さなかった期間の途中に出勤がある場合は、「上記のうち出勤した日」欄に記入してください。(出勤した日を申請期間の始まり・終わりの日にすることはできません)
 (例) 3月1日から6月6日までの期間を申請するが3月3日(金)から3月6日(月)までの4日間と3月10日(金)3月15日(水)は出勤した場合

㊥ 労務に服さなかった期間	令和 5 年 3 月 1 日 から	92 日間	㊨ この期間に賃金を支給しました(します)か。	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	令和 5 年 6 月 6 日 まで				
上記の期間のうち出勤した日 注:具体的な日付をご記入ください。(例.3/3~3/6、3/10、3/15) 3/3~3/6、3/10、3/15					

- ②で「はい」とした場合、申請期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。