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 健康保険被保険者証の記号・番号	（記号）　　（番号） －		② 事業所名		
被保険者（申請者）の	③氏名	（カナ） ㊞	④住所	〒　　－ 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備考		※被保険者証の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。 （個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認をするための書類が必要です。）			

口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込口座

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）

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。

受取代理人の欄

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。

令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）	住所	代理人	委任者との関係　（　　）
	氏名　　㊞		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　　日間 年　月　日まで	ただし　　は出勤 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。 令和　　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	令和　　年　　月　　日	出産年月日	令和　　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）		

受付年月日

上記のとおり相違ありません。　　令和　　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　　（　　）

◎ 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