

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒 [][] - [][]) [][] 都(道) [][] 府(県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][])		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	<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。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、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。				
	金融機関 名称	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 [][][][][][][][][]	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。) []		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人	

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 [] 年 [] 月 [] 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) ----- 氏名	TEL ([][])	委任者と 代理人との 関係

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 []

(2023.4)
受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日	----- 出 産 日 令和 年 月 日
	3 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 日間
	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。	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日 まで 円
	6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名						
	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	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日					
	医療施設の所在地						
	医療施設の名称						
医師・助産師の氏名	TEL ()						

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況およ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

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

出勤

有給

令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

はい
 いいえ

給与の種類

月給 時間給
 日給 歩合給
 日給月給 その他

賃金計算

締日

支払日

当月
 翌月

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。

区分	期間	単価	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） についてご記入ください。
			～ 月 日分	～ 月 日分	～ 月 日分	
基本給			支給額	支給額	支給額	
通勤手当						
住居手当						
扶養手当						
手当						
手当						
現物給与						
計						

令和 年 月 日

担当者
氏名

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話 ()

健康保険 出産手当金 支給申請書

記入例

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	1	12345	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	370601		
	氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ					
		山田 華子					
住所	(〒 231 - 0000)		神奈川県	横浜市中区●●町1-2			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座	退職した方のみ記入ください。 (こちらに記入する場合、名義区分は 1.申請者にしてください) ※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。						
	退職した方のみ記入					口座名義の区分	2

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 5 年 4 月 11 日
	被保険者 (申請者)	氏名	山田 華子
被保険者の会社証明欄			

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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 5 年 2 月 6 日	
		出産日	令和 5 年 2 月 1 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 4 年 12 月 27 日 から 93 日間		
		令和 5 年 3 月 29 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 1	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 4 年 12 月 27 日 から 850,000 円			
	令和 5 年 3 月 29 日 まで			
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (児)		

医師・助産師記入欄

医療機関の証明欄

医師・助産師記入欄

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者の会社証明欄

健康保険 出産手当

事業主記入用

会社記入例

含む賃金計算期間の勤務

公休とは会社が定めた休日
日のことです。
有給は給与が発生する休
暇のことです。
ご注意ください。

産休期間が98日未満の
ときでも、産前産後98日
間の勤怠を記入してくだ
さい。

事業主が証明するところ

被保険者氏名

山田 華子

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

出勤

有給

令和 4 年 12 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	○ 日	○ 日
令和 5 年 1 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 公 公 公 公 公 特 休 → 公 特 休 → 公 公 特 休 → 公 公 特 休 →	計	○ 日	○ 日
令和 5 年 2 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 公 公 公 公 特 休 → 公 公 特 休 → 公 公 特 休 → 公 特 休 →	計	○ 日	○ 日
令和 5 年 3 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 公 特 休 → 公 公 特 休 → 公 公 特 休 → 公 特 休 → 公 公	計	○ 日	○ 日
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日	日

上記の期間に対して、
賃金を支給しました(します)か?

はい
 いいえ

給与の種類

月給 時間給
 日給 歩合給
 日給月給 その他

賃金計算

締日

末日

支払日

当月 25 日
 翌月

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。

区分	期間	単価	12月27日 ～12月31日分	1月1日 ～2月28日分	3月1日 ～3月29日分	賃金計算方法（欠勤控除計算方法等） についてご記入ください。
			支給額	支給額	支給額	
基本給		310,000	50,000	590,000	190,000	基本給： 310,000÷31=10,000円(1日あたり) 10,000円×83日=830,000円 (R4.12/27～R5.3/16、3/22、 28、29の計83日分) R4.12～3/16までの特休は有給 R5.3/17からの特休は無給 通勤手当欠勤控除なし 8/25 6ヶ月定期代 (8月～1月分)として60,000円支 給
通勤手当		10,000	10,000	10,000	0	
住居手当						
扶養手当						
手当						
手当						
現物給与						
計		370,000	60,000	600,000	190,000	

上記のとおり相違ないことを証明する。

事業所所在地

横浜市●●区○○町1-2-3

事業所名称

○○○○○株式会社

事業主氏名

代表取締役 ○○ ○○

単価欄は通常時の給与を
記入。
時給者は基本給単価に時
給を記入。

担当者
氏名

鈴木 花子

045 (321) 4567