

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 ① 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号・番号		③ 生 年 月 日				④ 被保険者の (申請者) 氏名と印		フリガナ		
			5	昭	年	月	日	(自宅) ☎ (携帯) 📱		- - - -	
			7	平							
	⑤ 被保険者の の現住所										
	⑥ 被保険者の勤務 する(していた) 事業所名										
	⑦ 被保険者の資格 を取得した日		昭和 年 月 日				⑧ 被保険者の 標準報酬月額				
			平成 年 月 日						千円		
	⑨ A この申請期間は分べん前のものですか、分べん後のもの か、あるいはその両方の期間にかかるものですか。						分べん前・分べん後・分べん前後				
	分べん年月日		平成 年 月 日			分べん予定日		平成 年 月 日			
	⑩ 分べんのため 休んだ期間		平成 年 月 日 から						日間		
		平成 年 月 日 まで									
⑪ A うえの⑩に書いた期間分の報酬(賃金) を受けましたか、又は受けられますか。				受けた・受けない・受けられる・受けられない							
⑫ 報酬の支払を受けたとき又は受けら れるときは、その報酬の額とその 報酬支払の基礎となった(なる)期間				平成 年 月 日から				の分として		円	
				平成 年 月 日まで							

受 取 代 理 人 の 欄	⑫ 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。 平成 年 月 日									
	被 保 険 者 住 所 _____									
	(申 請 者) 氏 名 _____ (印)									
	代 理 人 住 所 _____									
	(実際に給付金を受領する者) 氏 名 _____ (印)									
委任者と代理人との関係 _____										

振 込 金 融 機 関 の 欄	⑬								預金種別 ----- 1. 普通 2. 当座 受付日付印	
	銀行名 _____ 銀行 信用金庫 信用組合 _____ 支店									
	口座番号 _____									
フリガナ 口座名義 _____										

社会保険労務士 提出代行者の印		(印)
--------------------	--	-----

◎記入の方法は裏面に書いてありますので、よくお読みください。

※ 在職中の方で出産手当金を申請される方は、その期間にかかる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付して下さい。

事業主	⑭ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間				
	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		
	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	日	日			
	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	日	日			
	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	日	日			
	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	日	日			
証明する	⑮ うえに書いた期間中の分として報酬を「全額支給」した場合または支給する場合 「一部支給」した場合または支給する場合	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	支給額	日 額	支払月日
					円	円	月 日
					円	円	月 日
					円	円	月 日
と	⑯ 現在までも、また将来も支給しない場合はその旨		給与の締め日	日	給与の支払日	当月・翌月	日
	被保険者の報酬形態（該当を○で囲む） 月給 日給 月給 日給 時給 歩合給 役員報酬 その他（ ）						
こ	⑰ うえのとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名			
	平成 年 月 日						
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			⑱ ⑲ ☎ - -			

医師又は助産師が意見をかくところ	⑲ 分べん年月日	平成 年 月 日	分べん予定日	平成 年 月 日
	⑳ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	㉑ 分べん後のときは、出産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 カ月)
	㉒ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 ⑳ 職名 () ㉔ 医療施設の所在地 ㉕ 医療施設の名 称 ㉖ 医師・助産師の氏名(職名) ㉗			
				☎ - -

(被保険者の注意事項)

1. 出産手当金は、女子の被保険者が分娩のため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、分娩の日（分娩の日が分娩予定日より遅れた場合においては分娩予定日の日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）目から分娩の日後56日目までの期間を限度として支給されます。
なお分娩の当日は、分娩の日以前の期間に含まれます。
2. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧は、勤務先から交付される「賃金支払内訳票」などをみればわかります。
3. ⑨の④、⑪の④は、それぞれ該当する文字をマルでかこんで下さい。
なお、⑪の④は、申請書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けない」に、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて、二つの事項をマルでかこんで下さい。

(事業主の注意事項)

4. ⑮の「全額支給」または「一部支給」は、一日当たりの賃金の全部または一部の意味です。
5. ⑯の欄は、支給しないときは「現在までも、また将来も支給しない」と記入して下さい。

(医師又は助産師への注意事項)

6. ⑲の「分娩、分娩予定日」をそれぞれ記入して下さい。⑳、㉑および㉒の欄は、それぞれ該当する文字をマルでかこんで下さい。
7. ㉑欄の「死産」をマルでかこんだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかを該当欄に付記して下さい。

(共通する注意)

8. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。
9. 被保険者以外の方が受取る場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
10. 被保険者以外の方の押印は、省略することができませんので印もれのないように注意して下さい。
11. 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（⑭から⑰までの訂正箇所には⑱の印、⑲から㉒までの訂正箇所には㉓の印）を訂正印として押して下さい。
12. ⑩、⑪の④、⑭の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。