

届出コード		
6	3	2

健康保険出産手当金申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号				被保険者(請求者)の氏名				被保険者の生年月日							
									昭和		年		月		日	
	被保険者(請求者)の住所		〒		電話番号				()							
	事業所名						被保険者の資格を取得した日		平成		年		月		日	
	出産日		令和		年		月		日	左記の「出産の日」は実出産ですか 又は予定出産ですか		1. 実出産(出産予定日:令和 年 月 日) 2. 予定出産				
	出産のため休んだ期間(請求期間)				令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで		日間							
	上記の出産のため休んだ期間(請求期間)の報酬をうけましたか。 または今後受けられますか。								<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けない		<input type="checkbox"/> 今後受ける		<input type="checkbox"/> 今後受けない	
	上記で「受けた」「今後受ける」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)期間を記入してください。								年 月 日 から		年 月 日 まで		円			
	出産で入院したときはその旨	病院等の名称			病院等の所在地											
		被扶養者がいるときは、その方の			氏名				生年月日		被保険者との続柄					
上記の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間			自		年		月		日	日数		(備考)				
上記の休んだ期間のうち自費で入院した期間			自		年		月		日	日数						
振込先金融機関		※被保険者または請求者の口座へ振込を希望する場合に記入してください。 (銀行コード) (支店コード) 銀行 ・ 信用組合 本店 信用金庫 ・ 農協 支店														
		預金種別		1.普通		2.当座		口座番号								
		口座名義 (カタカナで記入)														

※給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄	本請求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										受付日付印		
	被保険者(請求者) 住所												
	氏名										Ⓜ		
	代理人の氏名と印		(フリガナ)								Ⓜ		
代理人の住所		(フリガナ)								(〒)			
委任者と代理人との関係													

健康保険出産手当金申請書

医師または助産師が意見をかくところ	被保険者氏名														
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日					
	正常出産または異常出産の別	正常 ・ 異常			生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)									
	入院して出産したときは、その期間	令和 年 月 日から				日間	入院費用の別								
		令和 年 月 日まで					健保	自費	公費	その他					
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)													
上記のとおり相違ありません。												令和	年	月	日
住所															
職名()															
氏名															
電話 ()															

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の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。

事業主が証明するところ	労務に服することができなかった期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間																									
	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																								
	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		
	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		
	労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か？												<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ																					
	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の賃金支給状況を記入してください																																			
	賃金計算期間	支払日		支払金額		給与の種類		賃金計算																												
月 日 ～ 月 日	月 日		円		月給		締日																													
月 日 ～ 月 日	月 日		円		日給(円)																															
月 日 ～ 月 日	月 日		円		時間給(円)		支払日	当月 翌月																												
月 日 ～ 月 日	月 日		円		その他																															
月 日 ～ 月 日	月 日		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 ()																																				

社会保険労務士の
提出代行者印