

◎◎  
 ⑦ 記入箇所を訂正する場合は、記入者の訂正押印が必要で  
 ⑧ 出入簡のため休んだ期間（申請期間）が経過した後に入  
 ⑨ す。（修正テープ等不可）

⑦ 被保険者証の記号・番号		① 事業所名			
-					
⑦ 被保険者の氏名	(フリガナ)	② 被保険者の生年月日		年 月 日	
④ 被保険者の住所	(フリガナ)	固定電話 ( )			
	〒 -	携帯電話 ( )			
⑤ 出産予定年月日	年 月 日	⑥ 出産年月日	年 月 日		
⑦ 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)				
⑦ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )	⑧ 生産または死産の別	生産 ( 妊娠 週 ) 死産 ( 妊娠 週 + 日 )		
⑨ 受取方法	【在籍中の方】	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。			
	会社へ委任してください。	被保険者氏名			
	【退職後の方】	銀行・信金	本店	普通・その他( )	
	信組・農協	支店			
振込先を記入してください。 (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)	口座番号	(フリガナ)			
		口座名義			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (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。)

備考欄	
-----	--

※年月日は元号でご記入ください。

健康保険 出産手当金支給申請書

2/2枚目

医師または助産師が意見を記入するところ	① 出産者氏名			
	出産予定年月日	年 月 日	② 出産年月日	年 月 日
	③ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )	④ 生産または死産の別	生産 ( 妊娠 週 )
	⑤ 正常分娩 ・ 異常分娩			死産 ( 妊娠 週 + 日 )
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日			
医療機関の所在地 名称 医師・助産師の氏名 電話 ( )				

◎◎ 労務に服さなかった期間を訂正する場合は、事業主の訂正押印が必要ですよ。賃金支払状況等をお知らせください。	① 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	② ①の期間の出勤日数と有給日数	出勤日数 日間 有給日数 日間	
	③ 給与の種類	月給・日給 月給・日給 時間給・その他 ( )	④ 給与締切日と給与支給日	固定給 日締、当月・翌月 日支払 非固定給 日締、当月・翌月 日支払	
	⑤ 欠勤控除の有無	あり・なし	⑥ ⑤「あり」の場合、精算方法	当月給与・翌月給与・その他 ( )	
	⑦ ⑤「あり」の場合、欠勤控除の算出方法				
	⑧ 通勤手当の支給の有無	あり・なし	「あり」の場合は、支給月の「賃金台帳」の写しを添付してください。		
	⑨ ⑧「あり」の場合、期間、金額、精算の有無	月 日 ~ 月 日分	円	精算する ・ 精算しない	
		月 日 ~ 月 日分	円	精算する ・ 精算しない	
	⑩ 現物給与の有無	あり・なし	⑪ ⑩「あり」の場合、現物給与の名称、金額	円 円 円	
	⑫ ①の期間を含む給与締切日に支払われた報酬について 【月給者・日給月給者・日給者】 → 固定給・日給以外の報酬を記入してください。 【時給者】 → 時間内・時間外手当以外の報酬を記入してください。				
	報酬の名称	期間	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
			支給額	支給額	支給額
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			担当者氏名	
事業所の所在地 名称 事業主の氏名			電話	( )	

【事業主の添付書類】

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1ヵ月分の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを添付してください。