

記入例

被保険者が出産のために仕事を休み、給与の支払を受けなかったときの生活保障として支給されます。

この部分には記入しないでください。

*添付書類…
・⑩⑫の期間の出勤簿(写)
・賃金台帳(写)

健康保険証を見て正確にご記入ください。

健康保険 出産手当金支給申請書

① (第 回)

② 被保険者証 (右づめで記入)	記号 1 2 3 - 番号 4 5 6 7	③ 被保険者氏名 報道 花子	(フリガナ) ホウドウ ハナコ
④ 被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県〇〇市〇〇町△△-△-△△△ TEL △△△ (△△) △△△△		
⑤ 事業所名	(勤務先名称) 〇〇〇株式会社		
⑥ 資格取得日	昭和 平成 令和	△△年 4月 1日	⑦ 被保険者の標準報酬月額 300 千円
⑨⑦ 産前産後期間を分けて申請される場合は該当のものを○でかこんでください。 該当する項目に○を付けてください	⑧ 出産予定日	平成 令和 △△年 4月 6日	
	⑩ 出産日	平成 令和 △△年 4月 1日	
	⑪ 単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎 (児)	
⑫ 出産のために休んだ期間	平成 令和 △△年 2月 19日 から 平成 令和 △△年 5月 27日 まで		98 日間
⑬ 上記期間に報酬(賃金)の全部又は一部を受けたとき、又は受けることができるときは、その報酬の額及びその期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで		日間
	受けた報酬の額		円
	受けることができる報酬の額		円

出産手当金は、女子被保険者が出産のため勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。出産日(出産日が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日目(多胎妊娠の場合においては98日)から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、出産日当日は出産以前の期間に含まれます。

令和 △△年 6月 20日 提出

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名

記入例

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間	平成・令和 △△ 年 2 月 19 日から 平成・令和 △△ 年 5 月 27 日まで	98 日間	事業主様への注意事項 被保険者の資格喪失後にかかる請求のときは、当健康保険組合までお問合せください。 ⑮の⑤欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」に○してください。	
	⑬ 報酬の締切日支払日	末 (当月・翌月) 5 日 日締切 日払い	⑭ 報酬の支払い形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 エ. 時間給制 オ. その他 ()		賞与等 年 2 回
	⑮ 上記の支払期間中報酬の関係	⑰ 交通費の支払 有 無	⑱ 現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨 ・支給しない ・その他 ()		日額 円 (月 日支払) 日額 円 (月 日支払) 日額 円 (月 日支払)
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 △△ 年 6 月 15 日				
	事業所所在地 東京都千代田区〇〇町△△-△△				
	事業所名称 〇〇〇株式会社 事業主氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

医師または助産師が意見を書くところ	⑰ 患者氏名	⑲ 出産予定日の記載があるか必ずご確認ください。		
	⑱ 出産年月日	平成・令和 年 月 日	⑲ 出産予定日	平成・令和 年 月 日
	⑳ 出産後のときは正常又は異常出産の別	正常 ・ 異常	㉑ 出産後のときは、生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月 週 日)
	㉒ 入院して出産したときは、その期間	平・令 年 月 平・令 年 月	㉓ 多胎	健保 ・ 自費 公費 ・ その他
	上記のとおり相違ありません			
	㉔	所在 令和 年 月 日 医療機関名 医師氏名	医療機関で証明を受けてください。	

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和 △△ 年 6 月 15 日		
	被保険者 (請求者)	住所 埼玉県〇〇市〇〇町△△-△-△△△ 氏名 報道 花子	事業主 (勤務先) 記入
代理人 (事業所)	住所 東京都千代田区〇〇町△△ 氏名 代表取締役 〇〇 〇〇		

【注意事項】

⑩、⑫の期間の計算は両端を入れて、間違いなく計算してください。
たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。