

健康保険出産手当金支給申請書

令和8年4月改訂

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等記号・番号		③被保険者生年月日			④資格取得年月日			⑤資格喪失年月日									
	①	②	昭 平	年	月	日	昭 令	年	月	日	令	年	月	日				
	⑥被保険者(申請者氏名) (フリガナ)				⑦事業所名称				法人の役員ですか									
									いいえ・はい									
	(相続人からの請求の場合・被保険者氏名:)				被保険者の業務の種類(退職している場合は在職中の業務の種類)													
	⑧被保険者(申請者)住所・電話番号																	
	郵便 番号		-		電話 ()													
	⑨ 分娩年月日				⑩ 分娩予定年月日				⑪ 単胎・多胎の別									
	令 和		年		月		日		令 和		年		月		日		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
	⑫ 請 求 期 間 (分娩のため休んだ期間)				年 月 日から				日間		左に書いた 期間中に報 酬を受けま したか		・全部受けた・全部受けられる ・一部受けた・一部受けられる ・受けられない					
⑬ ⑫の期間中、出勤、有給 がある場合				出勤日		計 日		有給日		計 日								
⑭ 報酬の支払を受けた(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				年 月 日から		年 月 日まで		の分として				円						

振 込 口 座	銀行等に振込みを希望する場合		口座預金種別				預金口座名義人氏名					
	銀行 金庫 組合 農協		店 支 店 出張所		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段							
	預金口座番号											

※在職中の方へ ↑事業所への受領委任をお願いしております。被委任者指定口座をご記入ください。
↓受取代理人欄に記入してください。

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を 代理人に委任します。		代理人氏名				被保険者(申請者)との関係				
	年 月 日										
	被保険者(申請者) 住所 氏名		代理人住所・電話番号								
電話 ()											

社会保険労務士氏名	
-----------	--

※請求時は請求期間と、その期間前1ヶ月分の出勤簿、賃金台帳(共に写し)を添付してください。

必要事項を記入し、□箇所は✓してください。実際の報酬支払額の欄は記載漏れのないようにしてください。

事業主が証明するところ	⑮ ⑫の期間のうち、労務に服さなかった期間		⑯現在の状況		⑰その期間中に報酬を支給しましたか			
	年 月 日から		□ 欠勤中		□全部支給した □全部支給する			
	年 月 日まで		□ 月 日から出勤		□一部支給した □一部支給する			
			□ 月 日付で退職		□支給しない			
	⑱報酬の支給形態		⑲報酬の締切日・支払日		⑳欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)			
	□月給 □日給月給		(締切日) (支払日)		●基本給は □控除しない □控除する(欠勤1日につき)			
	□日給 □時間給		□当月□翌月 □当月□翌月		●諸手当は □控除しない □控除する(欠勤1日につき)			
	□その他()		日締 日払		●その他()			
	㉑ ⑮の期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください							
			基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円	円
実際の報酬支払額	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	
㉒ うえのとおり相違ありません。								
		事業所所在地						
年 月 日		事業所名称		電話 ()				
		事業主氏名						

医師又は助産師が証明するところ	⑳ 分娩年月日		㉑ 分娩予定年月日		㉒ 生産・死産の別		㉓ 単胎・多胎の別	
	令和	年 月 日	令和	年 月 日	□ 生産 □ 死産 (妊娠第 週又は第 月)		□単胎 □多胎	
	上記のとおり相違ありません。医療機関所在地							
	年 月 日		医療機関名称		医師又は助産師氏名			
		電話番号						