健康保険　出産手当金支給申請書

被保険者情報

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線)　03-1234-5678(999)
氏名	フリガナ　ケンポ　ハナコ 健保　花子		生年月日	(昭和)・平成　●● 年 ●● 月 ●● 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123－4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　03　(　7891　)　2345			
社員番号	1234567		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容

出産予定日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	出産年月日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日
出産のため休んだ期間	令和 ● 年 ●● 月 ●● 日　から　令和 ● 年 ●● 月 ●● 日　まで　98　日間		
■上記の傷病のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		(はい)・いいえ	
「はい」と答えた方は、報酬額と報酬支払期間を記入してください。	報酬額	96,000	円
報酬支払期間	令和 ● 年 ● 月 2 日　から　令和 ● 年 ● 月 10 日　まで　9　日間		

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者(申請者)	氏　名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏　名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●	銀　行 信用金庫	●●	本店 支店	
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

医師・助産師の証明

出産者氏名		出産予定日	令和　年　月　日	出産日	令和　年　月　日
出生児の数	単胎				月または第　週)
上記のとおり相違ないこ					年　月　日

医療施設

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

この欄は、医師または助産師に証明を依頼してください

受付日付印

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄

被保険者氏名			
勤務状況 【出勤は〇】・【有給は△】・【公休は公】・【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。		出勤	有給
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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

この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください

上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	はい　・　いいえ	賃金計算	締日	日
給与の種類	月給　日給　日給月給 時間給　歩合給　その他(　　)		支払日	□当月 □翌月　日

上記の期間中にかかる分として支払った報酬(給与・賃金等)	支給期間	支給額	支払日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日

現在まで、または将来も支給しない場合はその理由	
賃金計算方法(欠勤控除等)	

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主
所在地
名　称
氏　名
電　話

【事業主の方へ】

●労務に服さ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ご記入ください。

●勤務状況は出勤簿の写しの添付があれば記入は不要です。

●賃金台帳の写しを添付してください。