

健康保険

出産手当金 支給申請書

被 保 険 者 (申 請 者) 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9	番号 9 9 9 9	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	* * 0 2 2 3
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子			
	住所	(〒 422 - * * * *)	静岡県	静岡県	静岡市葵区〇〇〇〇
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (* * * *) * * * *			
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

事業所を経由して書類の申請を行う場合、必ずチェックを入れてください

日中連絡のとれる連絡先を記入してください

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

申請内容	1 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 R **年 10月 14日
		出産日 R **年 10月 12日
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	R **年 9月 2日 から 96日間 R **年 12月 7日 まで
	3 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	4 上記で「はい」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)期間をご記入ください。	R **年 9月 2日 から 16,933円 R **年 9月 30日 まで
5 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 () 児	

(例) 給与計算期間「1日～末日/当月21日払」
 9月2日～産休に入り、9月21日に16,933円支給された
 給与の内訳

- ・基本給が日割り支給され、1日分の7,333円 → 9月1日(申請期間外)の分
- ・先月の時間外手当が3,600円 → 先月(申請期間外)分
- ・通勤手当は満額が支給され6,000円 → 満額(ひと月分)支給ということは、申請期間分も通勤手当を受けている

4「申請期間の報酬を受けましたか」 → 1.「はい」

5「報酬の額と、報酬支払の基礎期間」 → 9月1日～9月30日 16,933円

医療施設の名称	
医師・助産師の氏名	TEL ()

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

事業所記入用 記入例

産手当金支給申請書

1 2 3

事業主記入用

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

出勤簿やタイムカードの写しを添付する場合、勤務状況の記入を省略できます

事業主が証明するところ

被保険者氏名 **健保 花子**

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。

R ** 年 9 月	① 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	計	出勤 1 日	有給 0 日
R ** 年 10 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	計	0 日	0 日
R ** 年 11 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	計	0 日	0 日
R ** 年 12 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	計	0 日	0 日
R 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	計	日	日

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

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 末日 21 日

支払日 当月 翌月

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳	区分	単価	9 月 1 日 ~ 9 月 30 日分	10 月 1 日 ~ 10 月 31 日分	11 月 1 日 ~ 12 月 31 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
			支給額	支給額	支給額	
基本給		220,000	7,333			基本給 220,000円×1/30=7,333円 通勤手当 6,000円(満額支給) 時間外手当 3,600円(先月分)
通勤手当		6,000	6,000			
住居手当						
扶養手当						
時間外手当			3,600			
現物給与計			16,933	0	0	

上記のとおり相違ないことを証明する。 ** 年 1 月 10 日

事業所所在地 静岡県駿河区 × × * * - * * *

事業所名称 大浜健康保険組合

事業主氏名 健保 理事太郎

担当者氏名 清水 葵

担当者氏名の記入漏れに注意してください

給与明細の写しを添付する場合、賃金内訳の記入を省略できます

申請期間において給与の支給があった場合は、必ず賃金計算方法を記入してください

1

2

3

4

5

申請期間において給与の支給があった場合は、必ず賃金計算方法を記入してください

支給した(する)賃金内訳	区分	単価	2 月 1 日 ~ 2 月 28 日分	5 月 1 日 ~ 5 月 31 日分	月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。 基本給計算方法 ① 1,000円×8時間×5日 =40,000円 ② 1,000円×8時間×9日 =72,000円
			支給額	支給額	支給額	
基本給		1,000	40,000	72,000		基本給計算方法 ① 1,000円×8時間×5日 =40,000円 ② 1,000円×8時間×9日 =72,000円
通勤手当		20,000	20,000	20,000		
住居手当						
扶養手当						
現物給与計						

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 26 年 6 月 16 日

事業所所在地 東京都千代田区 △△1-1

事業所名称 ○○株式会社

事業主氏名 健保 三郎

電話 03 (○○○○)○○○○

業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の申請については、空欄でご提出ください。

2 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※出勤簿の写を提出する場合は、2を省略できます。
※賃金台帳の写を提出する場合は、5の期間と区分は省略できますが、賃金計算方法はご記入ください。