

（被保険者への注意）

- ①及び②は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ③の年号及び④は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
- ⑤の(A)は、申請書提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けなかった」、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つ以上の事項をマルで囲んでください。
- 出産前に請求する場合は、⑤欄に「出産予定日」を記入してください。
- 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより

5

- ①及び②は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
 - ③の年号及び④は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
 - ⑤の(A)は、申請書提出するとき現在までのことを、「受けた」、「受けなかった」、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて二つ以上の事項をマルで囲んでください。
 - 出産前に請求する場合は、⑤欄に「出産予定日」を記入してください。
 - 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより
- 黄金が受けられない場合に支給されるもので、出産の日（出産の日が産前日より遅れた場合は産前日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）日から出産の日後56日目までの期間を限定とし支給されます。
- なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。証明書等が外国語で記入されている場合は翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付してください。

事業所担当者印

社会保険労務士の提出代行者印

同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係
支給額	拾万 万 千 百 拾 円					
支給期間	平成 年 月 日 日間	資格	取得年月日 平成 年 月 日			
不支給期間	平成 年 月 日 日間		喪失年月日 平成 年 月 日			
減額期間	平成 年 月 日 日間		出産年月日 平成 年 月 日			
内訳	$\frac{2}{3} \times \text{日} =$	報酬月額	前 平成 年 月 日 日間			
		千円	回 平成 年 月 日			

健康保険出産手当金支給申請書（第 回）

① 被保険者証の記号・番号	② 生年月日	③ 被保険者(申請者)の氏名と印
	明・大 0 0 0 0 0 0 ④ 平	⑤ 印
④ 被保険者(申請者)の住所	郵便番号 000-0000	0-0-0 00(0000)0000
⑤ 事業所の名称	株式会社	00(0000)0000
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 年 月 日	⑦ 被保険者の標準報酬月額 000 千円
⑧ 出産の日	平成 00 年 00 月 00 日	⑨ 左記⑧の出産は実出産(1) 実出産(00年00月00日) ですか予定ですか 2 予定出産
⑩ 出産のため休んだ期間(支給期間)	平成 00 年 00 月 00 日から 平成 00 年 00 月 00 日まで	00 日間
⑪ (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けない <u>受けられる</u> ・受けられない	
報酬支払を受けたとき又は受けられ(B)るときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間	平成 00 年 00 月 00 日から	の分として 000,000 円
	平成 00 年 00 月 00 日まで	

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

平成 年 月 日

本人 住所(〒000-0000) 0-0-0 ⑥ 印

氏名

代理人 住所(〒000-0000) 0-0-0 ⑥ 印

氏名

平成 00 年 0 月 00 日

※ 受付日付印

支払金融機関	フリガナ	フリガナ
	銀行 信用金庫	本店 支店
種別	支店番号	口座番号
普通	000000000000	フリガナ
当座		名義人

社会保険労務士の提出代行者印

給与の締日および支払日	毎月	日締 当日翌日	日支払
-------------	----	---------	-----

⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
⑭ 事業主が証明するところ	⑯ 全額支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
	⑰ 一部支給した場合又は支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
	⑱ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨	
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日		
⑲ 住所(〒)		
⑳ 氏名		
㉑ 電話番号() 番		

事業主に記入してもらってください

⑲ 出産年月日	平成 年 月 日	⑳ 出産予定年月日	平成 年 月 日
㉑ 出産後のときは正常出産又は異常出産の別	正常・異常	㉒ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
㉓ 入院して出産したときは、その期間 出生児の数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	㉔ 入院費用の別	健保・自費 公費・その他
	単胎・多胎(児)		
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日			
㉕ 所在地(〒)			
㉖ 医療機関 名称			
㉗ 医師 氏名			
㉘ 助産師			
電話番号() 番			

医師または助産師に記入してもらってください

- 13、印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
- 14、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印(①から⑩までの訂正箇所には⑬の印、⑪から⑱までの訂正箇所には⑰の印、⑲から㉓までの訂正箇所には⑳の印)を訂正印として押して下さい。
- 15、㉑、㉒の(B) ㉑および㉒の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。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。

（事業主への注意）

- 6、在職中の申請については、出勤簿と賃金台帳の写しが必要になります。
- 7、⑬の①と⑭にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。
- 8、⑬の②の欄は、現在までも将来も支給しないときは、「支給しない」と記載して下さい。
- 9、給与の締日および支払日は全額支給しない場合であっても記入して下さい。
- 10、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる申請であるときは、事業主の証明は必要ありません。

（医師又は助産師への注意事項）

- 11、㉑および㉒の欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んで下さい。
- 12、㉑欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを該当欄に付記して下さい。