こちらは記入例です。
実際に申請書に記入する際は、黒色または青色の消えないボールペンを使用の上
記入例に沿って記入してください。

健康保険　出産手当金　支給申請書

伺　年　月　日	令和　　年　　月　　日	支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円

【ご注意ください】
① 訂正がある場合は被保険者(申請者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(申請者)以外の訂正は認められません。
② 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
③ 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

【 被保険者記入欄 】（第　1　回目）

被保険者情報

被保険者等	記号　〇〇　番号　〇〇〇〇	生年月日	昭・平　〇　年　〇　月　〇　日
氏名	（フリガナ）ガイショク　ハナコ 外食　花子	携帯電話番号	□□□-□□□□-□□□□
		自宅電話番号	□□□-□□□□-□□□□
住所	〒〇〇〇　-　〇〇 〇-〇〇〇-〇〇		港区　〇〇〇〇
事業所名称	株式会社　〇△□	提出委任	☑ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由(依頼)する場合は✓）

会社を経由して申請書を提出する際は、必ず
チェックボックスに✓を記載してください。

振込先

金融機関名称	〇〇　銀行・信金・信組 農協・その他(　　)	預金種別	普通・当座・その他(　　)
	〇〇　支店・本店・出張所 その他(　　)	口座番	
口座名義（カタカナで記入）	ガイショク　ハナコ		

※ゆうちょ銀行の場合※
【支店名】は必ず【一二六】等の
漢数字の支店名を記入してください。

委任状

口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	※本人口座への振込の場合は記入しないでください※
	代理人（口座名義人）	

申請内容

今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。	□ 出産前の申請　☑ 出産後の申請
出産前の申請のときは、「出産予定日」を 出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日 ： 平・令　〇　年　〇　月　〇〇　日 出産日 ： 平・令　〇　年　〇　月　〇〇　日
出産のため休んだ期間（申請期間）	令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　から 令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　まで　〇〇　日間
出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	はい　／　いいえ
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった（なる）期間と報酬額をご記入ください。	令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　から 令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　まで　120,000　円

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

全国外食産業ジェフ健康保険組合

【ご注意ください】
① 「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。出勤簿は〔出勤・欠勤・公休・有給等〕勤怠が割り振られたものをご用意ください。
② 訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません。
③ 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
④ 提出する前に、記入漏れがないか確認してください。(記入漏れがあると、申請書の返戻・審査期間の長期化等の可能性があります。)

事業主記入欄

被保険者氏名	外食　花子	
労務に服さなかった期間	令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　から 令和　〇　年　〇　月　〇〇　日　まで　〇〇　日間	備考 ☑月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他(　　)

報酬等記入欄（報酬がある場合、支給に至った算出根拠を添付する賃金台帳に記入してください。）	賃金計算	給与締日　末　日　／　支払日　当月／翌月　25　日
	該当するものに〇をつけてください。	
	通勤手当	1か月 ／ 3か月 ／ 6か月 ／ 実費 ／なし 〔　180,000　〕円
	有給休暇	なし ／ あり　対象期間　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間
	算出根拠	有給取得があった場合は、支給根拠となり計算式を記入してください。 記入しきれない場合は、 別紙での提出も可能です。　円
	欠勤控除算出根拠	〔　〕円 ÷　日 ／　時間 ×　＝　円 欠勤控除が発生している場合は、必ず記入してください。 記入しきれない場合は、別紙での提出も可能です。

報酬の名称	支給対象期間	支給額

手当等の一部支給がある場合、
賃金台帳もしくは別紙にて支給根拠となる計算式を記入してください。

上記の通り相違ないことを証明します。　証明日　令和　3　年　12　月　24　日

所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇　東京都　港区　〇〇〇〇　〇-〇〇-〇〇
事業主名所	株式会社　〇△□
事業主氏名	△□　〇〇

担当者氏名	□□課　□□
連絡先	□□□-□□□□-□□□□

医師・助産師記入欄

出産者氏名	外食　花子	出生児の数	☑ 単児　□ 多児(　児)
出産予定日	令和　〇　年　〇　月　〇〇　日	出産年月日	令和　〇　年　〇　月　〇〇　日
生産又は死産の別	☑ 生産　□ 死産（妊娠　ヶ月　週）		

記載内容について相違ありません。　証明日　令和　年　月　日

所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都　港区　〇〇〇〇　〇-〇〇-〇〇
医療機関名	健保　総合病院
電話番号	□□□-□□□□-□□□□
医師・助産師　氏名	健保　一郎

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄