

健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者記入用)

|        |       |        |    |            |                  |     |   |   |
|--------|-------|--------|----|------------|------------------|-----|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者等 | 記号     | 番号 | 生年月日       | 昭・平・令            | 年   | 月 | 日 |
|        | 氏名    | (フリガナ) |    |            |                  |     |   |   |
|        | 住所    | 〒      | —  | 都・道<br>府・県 | 電話番号<br>(日中の連絡先) | ( ) |   |   |
|        | 事業所名称 |        |    |            |                  |     |   |   |

|     |                   |                       |      |              |
|-----|-------------------|-----------------------|------|--------------|
| 振込先 | 金融機関名称            | 銀行・金庫・信組<br>農協・その他( ) | 預金種別 | 普通・当座・その他( ) |
|     | 口座名義<br>(カタカナで記入) | 支店・本店・出張所<br>その他( )   | 口座番号 |              |
|     | 口座名義区分            | 被保険者(申請者)・代理人         |      |              |

|         |  |            |                             |             |   |   |   |
|---------|--|------------|-----------------------------|-------------|---|---|---|
| 受取代理人の欄 | 受取代理人欄は、「給付金受領責任者口座設置届」にて届出されている方の署名をお願いいたします。 | 被保険者(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | 令和          | 年 | 月 | 日 |
|         |  | 代理人(口座名義人) | 住所                          |             |   |   |   |
|         |  |            | 氏名                          | 被保険者との関係( ) |   |   |   |

|      |  |   |
|------|--|---|
| 申請内容 | 今回の出産手当金の申請は、<br>出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。                    | <input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請 |
|      | 出産前の申請のときは、「出産予定日」を<br>出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を<br>ご記入ください。 | 出産予定日 平・令 年 月 日<br>出産日 平・令 年 月 日                                |
|      | 出産のため休んだ期間(申請期間)   | 平・令 年 月 日 から 日間<br>平・令 年 月 日 まで                                 |
|      | 出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬は受けましたか。<br>または今後受けられますか。                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)<br>期間と報酬額をご記入ください。              | 平・令 年 月 日 から 円<br>平・令 年 月 日 まで                                  |

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|

健康保険 出産手当金 支給申請書(事業主・医師・助産師記入用) 東京文具工業 健康保険組合

|                     |   |       |  |   |   |      |    |    |                         |  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------|---|-------|--|---|---|------|----|----|-------------------------|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 事業主が証明するところ         | 被保険者氏名  |       |  |   |   |      |    |    |                         |  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                     | 労務に服さな<br>かった期間                               | 平・令   | 年  | 月 | 日 | から   | 出勤 | 有給 | この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 |  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                     |   | 平・令   | 年  | 月 | 日 | まで   | 日間 | 日  | 日                       | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                     | 出勤は○、有給は△、<br>欠勤は×、公休日は公<br>で表示してください。        | 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 |
|                     |   | 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 |
|                     |   | 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 |
|                     |   | 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 |
|                     | 被保険者の   | 給与の種類 | <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> その他( ) |   |   | 賃金計算 | 締日 | 日  | 支払日                     | <input type="checkbox"/> 当月<br><input type="checkbox"/> 翌月 | 日   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                     | 上記の期間に<br>対して、報酬<br>の全部又は一<br>部支給した<br>(する)場合 |       | 年  | 月 | 日 | ～    | 年  | 月  | 日                       | 日間   | 円   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                     |   |       | 年  | 月 | 日 | ～    | 年  | 月  | 日                       | 日間   | 円   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。 |   |       |  |   |   |      |    |    |                         | 令和   | 年   | 月  | 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 所在地                 |   |       |  |   |   |      |    |    |                         |  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業所名称               |   |       |  |   |   |      |    |    |                         |  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 事業主氏名               |   |       |  |   |   |      |    |    |                         | 電話番号   | ( ) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

事業主のみさまへ

申請期間中の前月分からの「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。また、各種手当の支給状況により請求期間外の賃金台帳や、清算を確認する書類の提示を求められることがあります。

|           |                     |  |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
|-----------|---------------------|--|---|---|---|--|--|--|--|------|-----|---|---|
| 医師・助産師記入欄 | 出産者氏名               |  |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
|           | 出産予定年月日             | 平・令  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |      |     |   |   |
|           | 出産年月日               | 平・令  | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |      |     |   |   |
|           | 出生児の数               | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 児)      |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
|           | 生産又は死産の別            | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週) |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
|           | 上記のとおり相違ないことを証明します。 |  |   |   |   |  |  |  |  |      | 令和  | 年 | 月 |
| 所在地       |                     |  |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
| 医療機関名     |                     |  |   |   |   |  |  |  |  |      |     |   |   |
| 医師・助産師の氏名 |                     |  |   |   |   |  |  |  |  | 電話番号 | ( ) |   |   |