

健康 保 記 入 欄	支給期間	自 平成 年 月 日	日間	標準 報 酬	月額
		至 平成 年 月 日			日額
	支給額 算定式	円 × 日 = 円			法定日額

健康保険出産手当金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日	
	被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住 所		〒 -							
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				電話 ()							
	事業所名			電話	() (内線)		社員 コード						
	出産年月日	平成	年	月	日	出産予定 年月日	平成	年	月	日			
	出産のため 休んだ期間	平成 年 月 日 から		日間									
		平成 年 月 日 まで											
	①上記申請期間の報酬を受けましたか、又は将来受けられますか	現在まで		受けた ・ 受けない			将 来		受けられる ・ 受けられない				
	②報酬支払を受けたとき、又は将来受けられるときは、その報酬の基礎となる期間と報酬の額	平成 年 月 日 から		の分として 円									
		平成 年 月 日 まで											

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から	日間	給与の締日 及び 支払日	
		平成 年 月 日 まで		日締 日払	
	上記申 請期間 中の分 として 支払う 報酬関 係	①全額支給した場合又は 支給する場合	平成 年 月 日 から	の分の報酬を	円
		②一部支給した場合又は 支給する場合	平成 年 月 日 から	の分の報酬を	円
		③現在まで又は将来も 支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日 から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	
	平成 年 月 日 まで				
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 年 月 日					
所在地					
事業主 名 称					
氏 名					
電 話					

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名			
	出産年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
				平成 年 月 日
	医療機関所在地			
	医療機関の名称			
	医師・助産師の氏名	Ⓜ		
	電話番号			

支払金融機関			銀行金庫	本店支店
	金融機関コード ()		店番号 ()	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義 ※被保険者名義			

社会保険労務士の 提出代行者の印	Ⓜ
---------------------	---

平成 年 月 日提出

受付日付印