

◎ この申請書は2枚一組です。



支払決議書	支払年月日		令和 年 月 日		常務理事		事務長		会計		扱者		受付日付印
	支給決定額	法定	円		資格喪失		S・H・R 年 月 日		種別	在職・任継・退職継続			
		付加	円										
		計	円										
	支給期間	法定	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日		標 報 日 額	2 / 3 日 額	申請期間	産前 産後			
日数	付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日									

健康保険 出産手当金・出産手当金付加金 支給申請書

(第 回目)

◎記入方法及び添付書類等については、別紙記入上の注意」を確認してください。	被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 氏名	フリガナ	③ 生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	
		④ 申請者の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください。				⑤ 電話番号	
		⑥ 事業所の 名称			⑦ 出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 () 児		
		⑧ 出産年月日	令和 年 月 日	⑨ 出産予定年月日	令和 年 月 日			
		⑩ 出産のために 休んだ期間 (申請期間)	〔 自 〕 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間 〔 至 〕					
		⑪ ⑩の期間分として 報酬を受けましたか。 または、今後受けられますか。	☐ はい ☐ いいえ	⑫ (⑩で「はい」の場合) その報酬の額と その報酬支払の基礎 となった(なる)期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分 として 円			
		※ ⑬・⑭はどちらか一方に記入してください(任意継続および退職後継続申請の方→⑬、在職中の方→⑭)						

◎記入上の注意」を確認してください。	⑬ 支払金融機関	☐ 銀行 ☐ 信組 ☐ 支店 ☐ 金庫 ☐ 農協 ☐ 出張所				備考欄
		金融機関コード [] 店番号 []				
		預金種別	口座番号	フリガナ		
		☐ 普通 ☐ 当座		口座 名義		
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。						

◎記入上の注意」を確認してください。	⑭ 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。 令和 年 月 日			
		被保険者 住所 (申請者) 氏名			
		住所	〒 - TEL		
		フリガナ	氏名		

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者の印を押してください。

出産手当金(付加金)支給申請書

12

◎ この申請書は2枚一組です。

事業主が証明するところ	⑮ 労務に服さなかった期間	〔自〕 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		〔至〕 令和 年 月 日		日間	
	⑯ 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？	☐ はい → 下記に内訳を記入してください			給与締日と支払日を記入してください		
		☐ いいえ			締日	日	支払日
	名称	支給対象期間		支給額		☐ 当月	日
		月 日 ~ 月 日		円		☐ 翌月	日
		月 日 ~ 月 日		円		復職状況	☐ 育休中
		月 日 ~ 月 日		円		☐ 復職 (月 日)	
		月 日 ~ 月 日		円		通勤手当	☐ 1か月 ☐ 6か月 ☐ 実費
		月 日 ~ 月 日		円		()円	☐ なし
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 年 月 日						
所在地							
名称							
事業主氏名 TEL							
事業所担当者印							

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には担当者(もしくは貴事業所)の印を押してください。

医師または助産師が意見を記入するところ	⑱ 出産者氏名					
	⑲ 出産年月日	令和 年 月 日	⑳ 出産予定年月日	令和 年 月 日		
	㉑ 出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎 ()児	㉒ 生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 ()週		
	㉓ 上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 年 月 日					
	医療施設の所在地					
医療施設の名称						
医師・助産師の氏名 TEL						

- ・ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師(もしくは貴院)の印を押してください。
- ・ ㉓医療施設の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただく場合があります。