

◎ この申請書は2枚一組です。

12

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										
		付加	円		資格喪失	S・H・R		種別	在職・任継・退職継続				
		計	円			年 月 日			R	年 月 日			
		支給期間	法定付加	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日		標報日額		2 / 3 日額		申請期間	

健康保険 出産手当金・出産手当金付加金 支給申請書

(第 1 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。	被保険者等 記号・番号	記号	000		② 氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ		③ 生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 0 年 1 月 1 日	
		番号	00000				健保 花子				
	④ 申請者の 住所	〒 xxx - xxxx ※ 都道府県から記入してください。 00県△△市□□□町1-1						⑤ 電話番号	000-△△△△ -□□□□		
	⑥ 事業所の 名称	0000株式会社				⑦ 出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 () 児				
	⑧ 出産年月日	令和 0 年 3 月 1 日				⑨ 出産予定年月日	令和 0 年 2 月 27 日				
	⑩ 出産のために 休んだ期間 (申請期間)	〔自〕 令和 0 年 1 月 17 日 ~ 令和 0 年 4 月 26 日				〔至〕		100 日間			
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 (⑪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 0 年 1 月 1 日から 令和 0 年 4 月 30 日 までの分 として 54,800 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)

⑬ 支払金融機関	☐ 銀行 ☐ 信組		☐ 支店		備考欄
	☐ 金庫 ☐ 農協		☐ 出張所		
	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。					

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 0 年 5 月 1 日	
	被保険者 (申請者)	住所 00県△△市□□□町1-1 氏名 健保 花子
任状代理人	住所	〒 xxx - xxxx TEL 00-△△△△-□□□□ 00都△△区□□□1-1-1
	フリガナ	0000カブシキガイシャ ●●●● 氏名 0000株式会社 代表取締役社長 ●●●●

※ 申請者が在職者もしくは「⑩申請期間」に1日でも在職期間が含まれている場合
事業者による証明が必要です

※ 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 〇 年 1 月 17 日 ~ 令和 〇 年 4 月 26 日 100 日間		〔至〕		
	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 ☐ いいえ		給与締日と支払日を記入してください		
	名称	支給対象期間	支給額	締日	支払日	☒ 当月 20 日 ☐ 翌月
	通勤手当	1 月 1 日 ~ 1 月 30 日	6,800 円	復職状況 ☒ 育休中 ☐ 復職 (月 日)		
	住宅手当	1 月 1 日 ~ 4 月 30 日	48,000 円			
	月単位等の定額支給で、不就労の日数分を控除していない手当等は必ず記載してください。			手当 ☒ 1か月 ☐ 6か月 ☐ 実費 ☐ なし (6,800) 円		
				月 日 ~ 月 日	円	

⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。
 証明日 令和 〇 年 5 月 6 日

所在地 〇〇都△△区□□□1-1-1
 名称 〇〇〇〇株式会社
 事業主氏名 ●●●● TEL 〇〇-△△△△-□□□□

記入者の印を必ず押してください
 事業所担当者印
 担当

※ 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。