出産手当金支給申請書 記入例

機缶 健康保険組合｜業務課 03-3685-7931

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

❶ 被保険者証	記号 987　番号 654321		
氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子 ❸	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
❷ 住所	〒 110－0000　東京 (都)・道・府・県　墨田区○○　×－×		
	□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090（1234）○○○○
事業所名称	（株）○○○○	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✓）

振込先

金融機関名称	○○○○ (銀行)・金庫・信組・農協・その他（　）	預金種別	(普通)・当座・その他（　）
	△△△△ (支店)・本店・出張所・その他（　）	口座番号	1234567
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ　ハナコ	口座名義区分	(被保険者)申請者）・代理人

委任状 ❹

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 氏名
	代理人（口座名義人）	住所 氏名　被保険者との関係（　）

申請内容

❺ 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
❻ 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)　○ 年　1 月　20 日 出産日　平(令)　○ 年　1 月　15 日
❼ 出産のため休んだ期間（申請期間）	平(令)　○ 年　12 月　5 日　から 平(令)　○ 年　3 月　12 日　まで　98 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。	平・令　年　月　日　から 平・令　年　月　日　まで　円

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

受付日付印

❽ **送付先**

この給付金の支払通知書は	□ 1．事業所に　2．自宅に　3．その他に　送付してほしい	その他の住所　〈〒　－　〉

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 押印は不要です。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。

❻ 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。

❼ 申請期間をご記入ください。
- ▶ この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。（産前分、産後分など複数回に分けて申請することは可能です。ただし、事業主の証明などは、その都度必要となります。）
- ▶ 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前４２日から出産日以後５６日目までの期間を限度として申請することができます。（４２日＋α＋５６日）

❽ 支払通知書の送付先を指定してください。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

記入例｜出産手当金 支給申請書 事業主証明欄

機缶 健康保険組合｜業務課 03-3685-7931

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保　花子						
❶ 労務に服さなかった期間	平(令) 2 年 6 月 16 日 から 平(令) 2 年 7 月 15 日 まで 30 日間	❷ 出勤	有給	❸ この期間に対し賃金を支給しました(します)か。 ☑はい　□いいえ			
被保険者の	❹ 給与の種類	☑月給 □日給 □時間給 □歩合給 □その他(　　)	❺ 賃金計算	締日 15 日	支払日 ☑当月 □翌月 25 日		
❻ 上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合	基本給	2 年 6 月 16 日 ～ 2 年 7 月 15 日	3 日間	45,000 円	300,000÷20日×3日（日額15,000円）		
	通勤手当	2 年 4 月 1 日 ～ 2 年 9 月 30 日	日間	60,000 円	6か月分支給 欠勤控除なし		
	住宅手当	2年 6 月 16 日 ～ 2 年 7 月 15 日	30日間	20,000円	欠勤控除なし		

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和 2 年 6 月 1 日

所在地　東京都墨田区△△ 1－2－3

事業所名称　○○○○ 株式会社

事業主氏名　○○ ○○　　電話番号　△△（□□□□）××××

事業主のみなさまへ

第1回目の申請書には、「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。
なお、第2回目以降の申請でも、報酬の一部が支給される場合は賃金台帳等を添付してください。

❶ 被保険者が出産のため休んだ期間をご記入ください。（被保険者の申請期間）

❷ ❶の期間のなかで、出勤や有休がある場合は、その日数をご記入ください。

❸ ❶の期間に、基本給のほか各種手当などの支給がある場合は、「はい」にチェックを入れてください。

❹ 給与の種類について、該当する種類を選んでください。

❺ 賃金計算の締日及び支払日をご記入ください。

❻ ❸で「はい」とした場合、賃金計算期間における基本給や各種手当などの支給状況をご記入ください。
また、賃金の支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法などをご記入ください。

＊ 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、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。