

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者記入用

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 □ 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日 □□□□□□
	氏名	フリガナ			
	住所	〒 □□□□□□□□	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	□□□□□□□□□□□□			

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()	本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 □□□□□□□□□□
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	左づめでご記入ください。

「2. 代理人」の場合、必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		
		氏名	令和 年 月 日 □□□□□□	住所「被保険者情報」の住所と同じ。
	代理人 (口座名義人)	〒 □□□□□□□□	TEL (ハイフン除く) □□□□□□□□□□	被保険者との 関係
		住所	(フリガナ) 氏名	

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名		勤務状況 【出勤は○】で、【有給休暇は△】で、【公休は休】で、【欠勤は×】でそれぞれ表示してください。															出勤	有給	
	令和	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
	令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
令和		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31
上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算		締日		日		支払日		1. 当月 2. 翌月		日			

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	期間	単価	支給額		支給額		支給額		支給額	
			月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分	月 日 分		
基本給										
通勤手当										
手当										
手当										
手当										
現物給与										
計										

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

担当者
氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

令和 年 月 日

事業所名称

事業主氏名

電話番号
※ハイフン除く

電話番号入力欄