

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	被保険者の (左づめ)	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日 □ 1.昭和 年 月 日 2.平成 3.令和
	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	□ 1.普通 2.当座	口座番号 □□□□□□□□	左づめでご記入ください。
	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 □ 1.被保険者 2.代理人

「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) □□□□□□□□□□□□	住所
	氏名	(フリガナ)		被保険者との 関係

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

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申請内容

① 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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 出産後の申請
② 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。 ② い。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 出 産 日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
③ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 日間
④ 上記の出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
⑤ 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から 報酬の額 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで <input type="text"/> 円

医師・助産師記入欄

出産者氏名	
出産予定年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
出生児の数 <input type="checkbox"/> 1. 単胎 <input type="checkbox"/> 2. 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。	
医療施設の所在地	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医療施設の名称	
医師・助産師の氏名	電話番号 <input type="text"/> ※ハイフン除く

埼玉県金属加工健康保険組合

「事業主記入用」は3ページに続きます。

2026.2改

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	被保険者の		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				31
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
		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	<input type="text"/>	支払日	<input type="text"/> 1.当月 <input type="text"/> 2.翌月	<input type="text"/>								
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。																					
支給した（する）賃金内訳	期間	単価	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日～ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日～ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日～ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日～ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日分	支給額		支給額		支給額		支給額								
	基本給																				
	通勤手当																				
	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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日											
事業所名称																					
事業主氏名										電話番号 ※ハイフン除く <input type="text"/>											