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（申請者）情報

被保険者証	記号 123　番号 567	生年月日	(昭)・平・令　61 年 6 月 8 日
氏名	（フリガナ）ケンポ ハナコ 健保　花子		
住所	〒 123 － 4567　東京 (都)・道・府・県　〇〇区 ××１－２－３－401		
		電話番号（日中の連絡先）	03　（ 1234 ）　5678
事業所名称	△△ガラス株式会社		
資格取得日	昭 (平)・令　27 年 4 月 1 日	提出委任	☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）

申請内容

この申請期間は出産前のものですか、出産後のものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか。	☐ 出産前　☐ 出産後　☑ 出産前後
出産予定日および出産日をご記入ください。	出産予定日　平・(令) 2 年 8 月 15 日 出　産　日　平・(令) 2 年 8 月 18 日
出産のため休んだ期間（申請期間）	平(令) 2 年 7 月 5 日　から 平(令) 2 年 10 月 13 日　まで　101 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) 2 年 7 月 1 日　から 平(令) 2 年 7 月 31 日　まで　65,000 円

医師・助産師記入欄

出産者氏名		出生児の数	☐ 単胎　☐ 多胎（　　児）
出産予定年月日	平・令　年　月　日	出産年月日	平・令　年　月　日
生産又は死産の別	☐ 生産　☐ 死産（妊娠　か月　週）		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

所在地

医療機関名

医師・助産師の氏名　電話番号　（　）

委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。　令和　年　月　日 住所　東京都 〇〇区 ××１－２－３－401 氏名　健保　花子
受任者（事業主）	住所　東京都 〇〇区 ××１－２－３ 事業所名　△△ガラス株式会社 氏名　代表取締役 〇山 △男

◎被保険者（申請者）口座への振込みをご希望の場合は記入してください。　※通帳の写しを添付してください。

振込先

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　） 支店・本店・出張所 その他（　　）
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（　　）
口座番号	
口座名義（カタカナで記入）	

受付日付印

確認欄	☑	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

この申請書は 2枚１セットです。２枚目の「事業主記入用」も必ずご提出ください。

全国硝子業健康保険組合

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書 （事業主記入用）　　全国硝子業健康保険組合

事業主が証明するところ

被保険者氏名								
労務に服さなった期間	平・令　年　月　日 から 平・令　年　月　日 まで　日間			出勤 日	有給 日	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	給与の種類	☐月給 ☐日給 ☐時間給 ☐歩合給 ☐その他(　　)		賃金計算	締日　日	支払日	☐当月 ☐翌月　日	
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		年　月　日 ～　年　月　日			日間		円	
		年　月　日 ～　年　月　日			日間		円	

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　年　月　日

所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話番号　（　　）

事業主のみなさまへ

※請求期間にかかる出勤簿（写し）および賃金台帳（写し）を添付してください。
※役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録の写しを添付してください。
※訂正される場合は、訂正箇所を正しい内容と記載者の氏名（サイン）をご記入ください。

記入例

事業主が証明するところ

被保険者氏名	健保 花子							
❶ 労務に服さなった期間	平 令 2 年 7 月 5 日 から 平 令 2 年 10 月 13 日 まで 101 日間			❷ 出勤 0 日	有給 3 日	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　末　日	支払日	☑当月 ☐翌月　末　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 7 月 1 日 ～ 2 年 7 月 31 日			3 日間	45,000 円		300,000÷20日×3日 （日額15,000円）
	通勤手当	2 年 7 月 1 日 ～ 2 年 7 月 31 日			30 日間	20,000 円		欠勤控除なし
		年　月　日 ～　年　月　日			日間	円		

上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和 2 年 10 月 △ 日

所在地　東京都 ○○区 ×× 1－2－3

事業所名称　△△ガラス株式会社

事業主氏名　代表取締役 ○山 △男　　電話番号　03（ 4321 ）8765

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。