1 2 3

健康保険　出産手当金　支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日	年　月　日
被保険者等記号・番号（右づめ）	1250	000002	☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和	030303
氏名	（フリガナ）　ケンポ　トモコ 健保　友子			
住　所	（〒　350　－　0002　） 埼玉　都道府県　川越市〇〇２－２－２			
電話番号（日中の連絡先）	TEL　090　（ 0002 ）　0002			

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☐にレ）

振込先指定口座

金融機関名　称	健康信用　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）	健康　本店 支店 出張所 本所 支所	
預金種別	1　1.普通　3.別段　2.当座　4.通知	口座番号	234567　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。） ケンホ゜　トモコ	口座名義の区分	1　1.申請者　2.代理人

「２」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄

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の代理人に委任します。　令和　年　月　日 氏名　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　－　）　TEL　（　） 住所 （フリガナ） 氏名	委任者と代理人との関　係

「申請者・医師・助産師記入用」は２ページに続きます。＞＞＞

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

埼玉しんきん健康保険組合

1 2 3

健康保険　出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	2　1. 出産前の申請　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。「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 1 年 6 月 20 日 出　産　日　令和 1 年 6 月 28 日
3	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 1 年 6 月 10 日から 令和 1 年 7 月 31 日まで　52 日間
4	上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	2　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　年　月　日から 令和　年　月　日まで　円
6	出生児の数	単胎　多胎(　　児)

医師・助産師記入欄				
出産者氏名	健保　友子			
出産予定年月日	令和 1 年 6 月 20 日	出産年月日	令和 1 年 6 月 28 日	
出生児の数	単胎　多胎(　　児)	生産または死産の別	生産　死産(妊娠　　週)	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 1 年 6 月 30 日

医療施設の所在地　埼玉県川越市□□１１００

医療施設の名称　川越病院

医師･助産師の氏名　医師　川越　月子　電話　049　(0002)　0002

「事業主記入用」は３ページに続きます。>>>

健康保険　出産手当金　支給申請書

1	2	3

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及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　健保　友子

勤務状況　【出勤は〇】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

	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	計	出勤	有給
令和 1 年 6 月	公	公	③	④	⑤	⑥	⑦	公	公	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	公	公	／	／	／	／	／	／	／		計	5日	0日
令和 1 年 7 月	／	／	／	／	／	公	公	公	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	計	0日	0日
令和 年 月	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	計	日	日
令和 年 月	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	計	日	日
令和 年 月	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	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？	☐ はい　☑ いいえ	給与の種類	☑ 月給　☐ 時間給　☐ 日給　☐ 歩合給　☐ 日給月給　☐ その他	賃金計算	締　日	末日
					支払日	☑ 当月　☐ 翌月　28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。

支給した（する）賃金内訳　期間 / 区分	単　価	6月 1日 ～ 6月 30日分 支給額	7月 1日 ～ 7月 31日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給	200,000	50,000	0	
通勤手当	10,000	3,500	0	
居住手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計	210,000	53,500	0	

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。

基本給の欠勤控除計算
200,000円÷20日×15日
＝150,000円

通勤手当(出勤日数10日未満の為、実費支給)
700円×5日（出勤）
＝3,500円

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和 1 年 8 月 10 日

担当者氏名　健康　良子

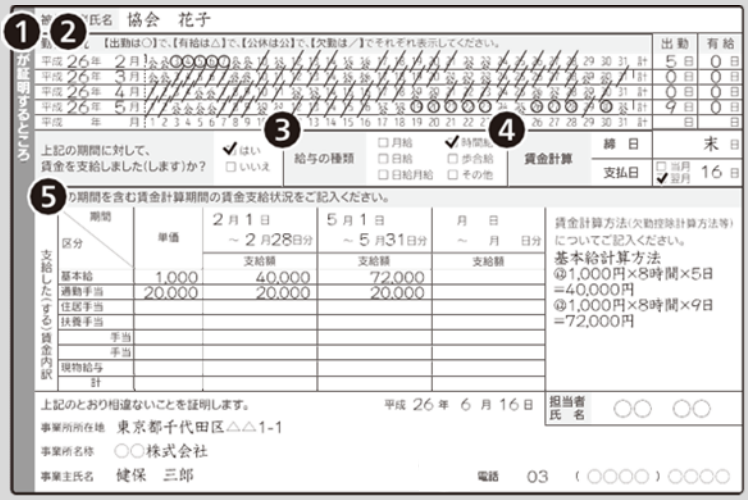
事業所所在地　〒100-0001　東京都港区〇〇１－１－１

事業所名称　株式会社　健　康

事業主氏名　代表取締役　健康　太郎　　電話　03　（ 0001 ）　0001

記入例

※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、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。



【被保険者の方へ】

❶ お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

❷ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は〇で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

❸ 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金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等をご記入ください。