

出産手当金は、女子被保険者が出産のための事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合には、出産予定日)以前42日め(多胎妊娠の場合は、98日)から出産の日後56日目までの間において労務に服さなかつた期間が対象となります。なお、出産の当日は出産の日以前の期間に含まれます。

◎この申請書は A3(1枚)または A4(2枚/両面不可)で印刷ください

被保険者 記入上の注意

○ ③ ② ①

金融機関名は被保険者名義の口座を記入して下さい。
出産後に請求する場合は⑨欄に出産日を記入するとともに⑦欄に出産予定日を記入して下さい。
証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名・日付を明記した翻訳文を添付して下さい。

字句を訂正する場合は、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。

※ 支 給 決 議 書	発議					常務理事	係	被扶養者照合	資 格	得 喪	年 月 日
	決定額					円					
支給期間	年	月	日	日間		不支給期間	年	月	日から	日	
	月	日	日間		円		年	月	日まで	間	
	月	日	日間		円		有給・出勤・法定外				
法108条	月	日	日間		円		出産日	年	月	日	標準報酬
							出産予定日	年	月	日	月額
							産前	日	産後	日	.000

出産手当金請求書

(第 回)

振込先 被保険者の 口座	銀行 信用金庫	本店 支店	給与振込 口座番号	普通	預金の 名義	(か)
--------------------	------------	----------	--------------	----	-----------	-----

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 の記号と番号	—	② 被保険者の 氏 名	昭・平 年 月 日 生		
	③ 被保険者の 住所	〒 TEL				
	④ 事業所の名称					
	⑤ 被保険者の 資格を取得した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	⑥ 被保険者の 標準報酬月額	千円	
	⑦ 出産予定日	令 和	年 月 日	⑧	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)	
	⑨ 出産年月日	令 和	年 月 日			
	⑩ (申請期間) 出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで	日間
	被保険者等の記号・番号は[資格確認書、またはマイナポータルの[健康保険証情報]をご確認ください。 [備考]					

◎事業所担当者 内容確認(自署)	
所属(略号)	氏名

支払印

受付印

事業主が証明すること	(13) 労務に服さなかつた期間 月 日 月 日 月 日 月 日 計 日間	記入例: 欠勤(報酬無)は【/】・有給(休)は【有】・遅早退は【遅】/[早]・会社の休日は【休】																																
		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		
		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		
		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			
	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			
	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			
	月																																	
	(14)	(13)の期間中における報酬の支給状況	基本給	すでに支給したか、又は、これから支給するときは 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (月 日支給)																														
	諸手当			内 訳															計															
			種類	手当	手当	手当	手当	前払 退職金	現物支給																									
									月分	住宅																								
月分																																		
月分																																		
月分																																		
月分																																		
月分																																		
月分																																		
(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)																																		
(15)上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地、名称 事業主の氏名)																																		

医師または助産師の記入欄	出産者氏名																																		
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日																															
	出生数の数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠ヶ月)																															
	(所在地および名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印ください。)																																		
	上記のとおり相違ありません。																																		
	令和 年 月 日																																		
	医療施設の所在地																																		
	医療施設の名称																																		
	医師・助産師の氏名																																		
	電話番号																																		

事業主証明上の注意

(1) (13)の労務に服さなかつた日(14)の報酬支給の有無は、出勤簿・賃金台帳等により正確に記入してください。

(2) (14)欄の手当のように欠勤日数に関係なく全額支給するものは「労務に服さなかつた日の属する報酬支給期間と支給額」をそのまま記入してください。