健康保険　出産手当金 支給申請書

※消えないボールペンでご記入ください。

□　事業主を経由して本申請書を提出することに同意します。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名	電話（内線）
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	住所	〒 電話　（　）			
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	出産予定日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
	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		
	上記の出産のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 または今後受けられますか。		現在まで	受けた　・　受けない
			今後	受けられる　・　受けられない
	■上記で報酬を受けるまたは受けられると回答された方は、下記に報酬支払期間と報酬額を記入してください。			
	報酬支払期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間		
	受けた報酬額	円	受ける報酬額	円

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。

※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

振込先情報	金融機関名称	銀　行 信用金庫	本店 支店	支店番号		
	預金種別	普通 当座　その他（　）	口座番号		口座名義 （カタカナ）	

医師・助産師の証明	出産者氏名		出産予定日	令和　年　月　日	出産日	令和　年　月　日
	出生児の数	単胎・多胎（　児）	生産または死産の別	生産・死産（妊娠第　月または第　週）		
	上記のとおり相違ないことを証明します。　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					

備考	個人番号　（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カード（両面）の写し　のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し　のいずれか1点 □　公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印

（2026.5.11）

■お勤め先の事業主に証明をもらってください。

事業主証明欄

被保険者氏名			
勤務状況 【出勤は〇】・【有給は△】・【公休は公】・【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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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	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	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	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	日	日

上記の期間中にかかる分として支払った報酬（給与・賃金等）	支給期間	支給額	支払日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日
	年　月　日　～　年　月　日	円	月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主
所在地
名　称
氏　名　㊞
電　話

【事業主の方へ】

●労務に服さ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。

●賃金台帳および出勤簿の写しを添付してください。

●報酬について欠勤控除等がある場合は別表にて計算表の書類を添付してください。