

# 出産手当金支給申請書 (その1)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 記号・番号	記号	番号	② 被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ					
	③ 被保険者 (申請者) 住所	〒 _____ 日中の連絡先 ( )								
	④ 事業所名称									
	⑤ 出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	⑥ 出産年月日	平成 令和	年	月	日
	⑦ 出産のため 休んだ期間 (支給期間)	平成・令和		年	月	日	から			
		平成・令和		年	月	日	まで	日間		
	⑧ うえの期間の報酬 の支払いを受けた (受けられる)ときは その期間及び報酬額	平成・令和		年	月	日	から	報酬額		
		平成・令和		年	月	日	まで	円		
	被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む 場 合									
	⑨ 振込先	指定銀行	銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他( )				本店・支店・代理店 出張所・本所・支所			
口座の種類		普通・当座・その他( )	口座番号							
被保険者氏名 (口座名義人)		フリガナ								
会 社 に 委 任 す る 場 合										
⑩ 委任状	右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。									
	被保険者氏名					代理人については、届出済みの「給付金受領代理人・口座届」と同一のものを記入 (署名)してください。  代理人氏名				

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑪ 出産者氏名									
	⑫ 出産予定年月日	平成 令和	年	月	日	⑬ 出産年月日	平成 令和	年	月	日
	⑭ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)				⑮ 生産又は別 死産の別	生産・死産 (妊娠 か月)			
	⑯ うえ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				電話 ( )					

※ 備 考	
-------------	--

受 付

出産手当金支給申請書 (その2)

事業主が証明するところ	① 被保険者氏名																																		
	② 労務に服さなかった期間	平成 令和	年	月	日	から	平成 令和	年	月	日	まで	日間																							
	③ 勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。											出勤	有給																					
		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
		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
		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
		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
	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	
	④ 給与の種類 (いずれかに○をして金額を記入してください)	月給 ・ 時間給 ・ その他( )						基準額 ( ) 円																											
	⑤ 給与締日と支給日 勤怠締日と控除日	給与	毎月	日締 / 当月	翌月	日払	勤怠	毎月	日締 / 当月	翌月	日控除																								
	⑥ 所定休日 (所定休日に○をしてください)	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝 ・ シフト制のため不定期																																	
	⑦ ②の期間に対する報酬の支払いの有無(通勤手当を除く)	支給なし ・ 全部支給あり ・ 一部支給あり ※ありの場合は⑧欄も記入してください。																																	
	⑧ 支給した報酬の内訳 (いずれかに○をして金額を記入してください)			平成 令和	年	月	日～	平成 令和	年	月	日～	平成 令和	年	月	日分	平成 令和	年	月	日分																
報酬の名称		基本額	支給額				支給額																												
		円	円				円																												
		円	円				円																												
		円	円				円																												
賃金計算方法(欠勤控除計算方法)																																			
⑨ ②の期間に対する通勤手当の支払いの有無	支給なし ・ 全部支給あり ・ 一部支給あり ※ありの場合は⑩欄も記入してください。																																		
⑩ 支給した通勤手当の内訳 (いずれかに○をして金額を記入してください)	日額支給	出勤日のみ ・ 出勤日と有給休暇のみ (日額: ) 円																																	
	定期券代支給	当月払い ・ 前払い (支給額: ) 円																																	
	(対象期間: 平成 令和	年	月	日～	平成 令和	年	月	日)	(支給日: 平成 令和	年	月	日)																							
	(対象期間: 平成 令和	年	月	日～	平成 令和	年	月	日)	(支給日: 平成 令和	年	月	日)																							
精算済の場合	算出式: (控除日: 平成 令和										年	月	日)																						
⑪ ②の期間に対する報奨金等(賞与を除く)の支払いの有無	支給なし ・ 支給あり ※ありの場合は⑫欄も記入してください。																																		
⑫ 支給した報奨金の内訳	報酬の名称	支給額	支給対象期間				支給日																												
		円	平成 令和	年	月	～	平成 令和	年	月	平成 令和	年	月	日																						
⑬ うえ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																																			
事業所の名称																																			
事業主氏名																																			
電話 ( )																																			

※申請期間に関する出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

## 記入上のご注意

出産手当金は女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、出産日以前 42日目から出産日後 56日目までの期間を限度として支給されます。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。

### (共通事項)

- ・〇〇日間と記載する欄は、両端を入れて間違いなく計算してください。  
例えば、4月5日から4月10日までは、6日間となります。(5日間ではありません。)

### (被保険者が記入するところ)

- ・①は、健康保険被保険者証に記載されています。

### (保険給付金の振込先について)

- ・⑨または⑩どちらかを選択し、記入してください。
- ・振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は、⑨のみ記入してください。
- ・事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合は⑩のみ記入をしてください。

### (事業主が証明するところ)

- ・申請期間にかかわる出勤簿(写)および賃金台帳(写)を添付してください。
- ・②は「被保険者が記入するところ」の⑦に記入された申請期間のうち出産のため労務に服していない期間(有休・公休日を含む)を記入してください。
- ・③に5か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分を記入してください。
- ・⑧は賃金台帳の控除額や支払額の根拠が分かるよう、欠勤控除額や日割支給額の計算式を記入してください。  
記入欄が不足する場合は賃金台帳に直接書き入れてください。

### (医師または助産師が意見を書くところ)

- ・⑮で「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何か月の死産であるかを記入してください。

<お問合せ先>

通信機器産業健康保険組合  
給付課 TEL 03-3242-5452