

1枚目 被保険者（本人）について記入（⑬は不要）
2枚目 病院にて証明してもらってください

◎ この申請書は2枚一組です。次ページに事業主証明欄、医師・助産師証明欄があります。

1枚目

健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 が	① 被保険者証の 記号と番号	記号 番号	② 被 保 険 者 (申請者)の 氏名・生年月日	③ 昭和・平成 年 月 日			
	④ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所	(〒 -)		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。			
	⑤ 事 業 所 の 名 称						
	⑥ 出 産 年 月 日	(年 月 日)		令和 年 月 日			
	⑧ 出 産 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	⑨ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日 平成・令和 年 月 日			
	⑩ 上 記 ⑧ の 申 請 期 間 に 報 酬 を 受 け ま し た か。 ま た は 今 後 受 け ら れ ま す か。	☐ はい ☐ いいえ		⑪ 「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 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 【報酬額】 円			

振 込 希 望 の 口 座	⑫	銀行・信組	支 店
		金庫・農協	出張所
	(金融機関コード)	(店番号)	
	預金種別	口座番号	フリガナ
	☐ 普通		☐ 口座名義
	☐ 当座		

令和 年 月 日提出

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

被保険者（本人）口座のみ

◎ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、
下記の委任状へ記入してください。

と こ 委 任 状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ ☐ にチェックを入れてください。
	☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人（⑫の記入は不要です）
	☐ その他の受領代理人
	住所 被保険者 (申請者) 氏名
	受取代理人住所 フリガナ 代理人 氏 名

社会保険労務士の
提出代行者の印

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、
備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人
番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

* 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインをしてください。

山善健康保険組合

出産手当金支給申請書（2枚一組での申請になります。）

◎申請については、その期間にかかる出勤簿（写）、
及び賃金台帳（写）を添付してください。

2枚目

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	●給与締日と支払日を記入してください 締日 日 支払日 日 (当月・翌月)		
	⑮ 上記の期間に対して、賃金を支給しました（します）か？ ☐ はい →（※下記に内訳を記入してください。） ☐ いいえ			〔備考〕該当するものを○で囲んでください ●復職状況： 意休中 / 復職 (月 日) ●通勤手当： 1か月 / 3か月 / 6か月 / 実費 / なし (円) ※通勤手当を精算されている場合は、その算出式を添付する賃金台帳（写）に記入してください。		
	報酬の名称	支給対象期間	支給額			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
		月 日 ~ 月 日	円			
	支給・控除額の算出式					
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名		
	所在地 名称 事業主氏名 TEL ()			証明日 令和 年 月 日		

こちらは記入しないでください。

医師または助産師が意見を記入するところ	⑰ 出産者氏名			
	⑱ 出産年月日	令和 年 月 日	⑲ 出産予定年月日	令和 年 月 日
	⑳ 出生児の数	単胎・多胎 (児)	㉑ 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明します。			
	証明日 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 TEL ()			

病院で証明してもらってください。

・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、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。
・㉒医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただくことがあります。

備考	
----	--