

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書

【注意事項】

① 消えないボールペンで記入してください。  
 ② 訂正するときは被保険者（申請者）が二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）を記入してください。訂正印でも構いません。

被保険者等の 記号一番号	—		被保険者 (申請者) の氏名	
被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和	年 月 日	生年月日	昭和 平成 令和
被保険者の 現住所	〒 ( ) 日中に連絡がとれる電話番号 ( )			
被保険者の勤務 する事業所名	(内線 — )			
今回の申請は出産 前の申請ですか、それとも出産後の申請 ですか	出産前の申請 ・ 出産後の申請	出産予定日	令和 年 月 日	
		出産日	令和 年 月 日	
出産のため休んだ 期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
上記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			
上記で「はい」と答えた場合は、その報酬額とそ の報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入し てください	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	円	
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )			

金融機関 名称	銀行 金庫 本店 支店 信金 本店営業 出張所 その他( )	
預金種別	普通	口座番号
口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	口座名義 (カタカナ)

「2」の場合は必ず記入してください。

被保険者 (申請者)	令和 年 月 日 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。 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	被保険者 との関係

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

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	
上記の期間に対して 賃金を支給しました (します)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※「はい」と回答の場合、ここから 下の欄を必ず記入して下さい。
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給(固定給) <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他
賃金計算	締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	
労務に服さなかった期間 の通勤手当について	通勤手当は支給しましたか? ⇒ はい ・ いいえ 支給した場合、支給期間を記入して下さい⇒ 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分を支給 支給した場合の精算方法⇒ 年 月に支給した ~ までの分を 年 月給与で控除	
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。勤怠表と賃金台帳の写しを必ず添付してください。		
支 給 し た ( す る )報 酬 内 訳 欄	報酬の種類	期間 月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 ~ 月 日分 月 日分 月 日分
	基本給	
	通勤手当	
	欠勤控除額※	
	支給額合計	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 ( )		

出産予定年月日	令和 年 月 日
出産年月日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )
生産又は死産の別	生産 ・ 死産 ( 妊娠 週 )
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 ( )	