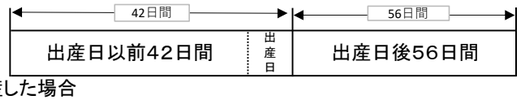
【記入上の注意】

①②健康保険証に記載されている被保険者の記号・番号及び氏名を記入してください。
⑧出産のため仕事を休んだ期間とその日数（公休日を含む）を記入してください。

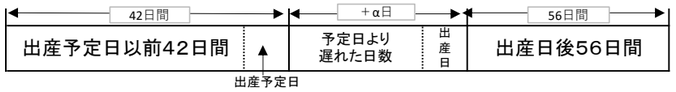
申請期間について

出産手当金は、出産日（出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（双子以上の出産の場合は98日）から出産日後56日までの期間で、出産のため仕事を休み、給料を受けられない期間について支給されます。
なお、出産日は産前の42日間に含まれます。また出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間分延長されます。

◆出産予定日に出産、または出産予定日より早く出産した場合



◆出産予定日より遅く出産した場合



⑩被保険者が出産手当金申請時に在職中の場合、給付金は事業所振込になりすので、被保険者氏名の記入及び事業所名称・所在地・代表者氏名の記入をしてください。
⑪被保険者が出産手当金申請時に退職している場合、給付金は個人振込になりますので、ご希望の金融機関の銀行名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義を記入してください。
なお、口座名義は被保険者（申請者）に限ります。

【事業主の方へ】

⑫被保険者が仕事を休んだ期間中の、賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日まで）の勤務状況を記入してください。
《例》給料計算締日：末日締め当月末日払い　被保険者申請期間：1/5～4/11
⇒⑫欄：1/1～4/30までの記載
⇒⑭欄：1月支払い分（1/1～1/31）～4月支払い分（4/1～4/30）まで記載
⑭実際に支給した欠勤控除後の金額を記入してください。
※交通費等を、3カ月・6カ月分のようにまとめて支給している手当がある場合は、申請期間中の支給対象月に1カ月分の支給金額を記入してください。
なお、まとめて支給した月の賃金台帳（写）の添付が必要です。
また、支給後に交通費等を精算された場合は、精算が確認できる書類を添付してください。
⑮就業規則、給与規定などで定められている、欠勤控除の計算式を記入してください。
・例1　基本給＋家族手当÷20×欠勤日数
・例2　基本給＋住宅手当÷月所定日数（1・2月＝19日、3月＝20日、4月＝21日）×欠勤日数
※労務に服することができなかった期間の出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

【注意事項】

●申請書は、出産手当金申請期間経過後に提出してください。

記入例

健康保険 出産手当金支給申請書（第 1 回）

被保険者（請求者）が記入するところ			
①被保険者証の記号番号	②被保険者（請求者）の氏名	③ 生年月日	
1000　20000	健保　知子	昭・平・令 3 年 3 月 3 日	
④ 被保険者（申請者）住所・電話番号	〒 451 － 0　愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1 △△マンションXX号室	電話 052（×××）-〇×〇×	
⑤ 事業所の名称	〇〇〇 株式会社		
⑥ 出産年月日	令和 2 年 2 月 15 日	⑦ 出産予定年月日	令和 2 年 2 月 20 日
⑧ 出産のため仕事を休んだ期間（申請期間）	令和 2 年 1 月 5 日 から 令和 2 年 4 月 11 日 まで 98 日間		
⑨ 出産のため仕事を休んだ期間（申請期間）の給与支払状況	基本給	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない	
	諸手当	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない	

委任状

⑩本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。
令和 2 年 5 月 7 日

被保険者氏名　健保 知子

委任された者の
事業所所在地　名古屋市中区栄〇〇－×××
事業所名称　〇〇〇 株式会社
代表者氏名　〇〇 〇〇

⑪被保険者が出産手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。（申請者名義の口座のみ振込可能）

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座		（フリガナ）

備考欄	

事業主が証明するところ

⑫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を記入してください。

勤務状況は出勤…〇 欠勤…× 有給…△ 公休…公と記入	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
1 月	公	公	公	〇	公	公	〇	〇	〇	〇	公	公	〇	〇	〇	〇	〇	〇	公	公	△	△	△	△	△	公	公	△	△	×	×
2 月	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	公	×	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	公	×	×	×	×	×
3 月	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	×	公	×	×	×	×	×	公	×	×	×	×	×	×
4 月	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	×	公	×	×	×	公	公	公	×	×	×	×	公	×	公	公

⑬給料の種類	月給・日給月給・日給 時間給・その他（　）	給料締切日	末 日締	給料支払日	当月 翌月 末 日払

⑭1カ月分の基本給・諸手当の額（支給の有無に関係なく記入してください。）	労務に服さなかった期間中の給料支給状況（給料の締切日にあわせて記入）			
	1 月 1 日 1 月 31 日	2 月 1 日 2 月 29 日	3 月 1 日 3 月 31 日	4 月 1 日 4 月 30 日
基本給（1カ月 200,000 円）	170,000	0	0	0
家族手当（1カ月 5,000 円）	4,250	←実際に支給した給料を記入	0	0
住宅手当（1カ月 30,000 円）	30,000		0	0
通勤手当（1カ月 15,000 円）	15,000		0	0
↑ 欠勤控除前の賃金を記入				
合計	219,250	0	0	0

⑮欠勤控除計算式	基本給・家族手当÷20×欠勤日数
備考	交通費は11月に3カ月分（4万5千円）をまとめて支給しているため、1月分の賃金台帳に記載なし

上記のとおり相違ないことを証明します。
〒 999－9999　　令和 2 年 5 月 7 日
事業所所在地　名古屋市中区栄〇〇－×××
事業所名称　〇〇〇 株式会社
代表者氏名　〇〇 〇〇
電話番号　052（△△△）- △△△△

医師または助産師が意見を書くところ

⑯ 出産年月日	令和 2 年 2 月 15 日 出産	⑰ 出産予定年月日	令和 2 年 2 月 20 日
⑱ 正常出産又は異常出産	正常 ・ 異常	⑲出生児の数	1.単 胎　2.多 児（　児）
⑳ 生産または死産の別 ※死産の場合は妊娠何か月の死産であるかを該当欄に附記して下さい。	生産 ・ 死産（妊娠　か月）		

上記のとおり相違ありません。　　令和 2 年 5 月 1 日
医療施設の所在地　〒460－9999 名古屋市中区〇×－△△△
医療施設の名称　〇〇〇〇病院
医師・助産師の氏名　△△ △△
電話　052（□□□）- □□□□