

健康保険 出産手当金・付加金支給請求書

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

支給決定印

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被 保 険 者 証 の										生 年 月 日					
	記 号						番 号						昭和 平成	年	月	日
	氏名・印	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。										個 人 番 号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)				
	住 所	〒											都 道 府 県	市 区 郡	電 話	-

確 認 事 項	① 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか。それとも出産後の申請ですか。	1. 出産前の申請		2. 出産後の申請						
	② 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後」の申請の場合は、出産予定日と、出産日の両方を記入してください。	出 産 予 定 日	平成 令和	年	月	日	日			
		出 産 日	平成 令和	年	月	日	日			
	③ 出産のために休んだ期間(申請期間)	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	日間
	④ 上記の出産のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。	1. はい		2. いいえ						
⑤ 上記で「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)期間を記入してください。	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	円	

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出 産 者 氏 名													
	出 産 予 定 年 月 日	平成・令和	年	月	日	出 産 年 月 日	平成・令和	年	月	日				
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)				出 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
	医療機関所在地													
医療機関の名称														
医師の氏名														
	電 話										-	-		

支給印

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

労務に服することができなかつ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記入してください。

事業主 が 証 明 す る と こ ろ	勤務状況(出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／、代休は代、特休は特でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給							
	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						
	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						
	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						
	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						
	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						
①労務につけなかつた期間に対して、賃金を支給しました(します)か？																	賃金の種類(○で囲んでください)						賃金計算																	
1. はい 2. いいえ																	月給	日給	日給	月給	締め日	日																		
																	時間給	歩合給	その他																					
②労務につけなかつた期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄にご記入ください。																	支払日				当月	翌月	日																	
支給した(する)内訳	期間	単価	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日					
	基本給	円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～			
	通勤手当	円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	
		円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	
		円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～
	現物給与	円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	
	計		円	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	
※賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																																								
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																																								
																												印		電話		—		—						

出産手当金・付加金について

■ 添付書類

賃金台帳のコピー	出産のための欠勤期間が、賃金計算期間に含まれている月のもの
勤務表のコピー	

※証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

■ 支給日

毎月20日締め切り、翌月25日支払い(在職中は給与に合わせて支給)