

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

(第 1 回) 令和 4 年 4 月 20 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	34	12345				
	氏名	(フリガナ) コウア ハナコ 興亜 花子	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	住所	(〒 123 - 4567) 長野 上伊那郡箕輪町大字中箕輪123456	都道府県	長野県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0265 (12) 3456	マイナンバーカード登録の公金受取口座にする場合✓					

振込先指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。					
	金融機関 名称	八十二		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	0123456		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。 コウア ハナコ				

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

健保使用欄	資格取得	年 月 日	支払年月日	年 月 日			
	資格喪失	年 月 日	支給開始日	年 月 日			
	決定年月日	年 月 日	支給決定 金額	円			
	不支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日)					
	不支給理由			常務理事	事務長	担当者	台帳照合

支払済印

受付日付印

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

本人
記載

被保険者氏名	興亜 花子										
申請内容	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。	☐ 出産前の申請 ☒ 出産後の申請									
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和	4	年	2	月	12	日		
		出 産 日	令和	4	年	2	月	12	日		
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	4	年	1	月	1	日	から	98	日間
		令和	4	年	4	月	2	日	まで		
	4 上記の出産のため休んだ期間(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。	☐ はい ☒ 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)期間をご記入ください。	令和	年	月	日	から	円					
	令和	年	月	日	まで						
6 出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)										

医師助産師
記載

医師・助産師記入欄	出産者氏名	興亜 花子														
	出産予定年月日	令和	4	年	2	月	12	日	出産年月日	令和	4	年	2	月	12	日
	出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)	生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週)												
	上記のとおり相違ないことを証明する。															
	令和 4 年 3 月 16 日															
	医療施設の所在地	長野県上伊那郡箕輪町大字中箕輪〇〇														
医療施設の名称	興亜病院 〇〇〇〇															
医師・助産師の氏名	TEL 0265 (〇〇) 〇〇〇〇															

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

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および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 **興亜 太郎**

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

年	月	日	出勤	有給
令和 7 年	1 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	計 0 日	計 0 日
令和 7 年	2 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	計 0 日	計 0 日
令和 7 年	3 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	計 0 日	計 0 日
令和 7 年	4 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	計 0 日	計 0 日
令和 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	計 日	計 日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ ☐ はい ☒ いいえ

給与の種類 ☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☒ 日給月給 ☐ その他

賃金計算 締日 20 日 支払日 ☒ 当月 28 日 ☐ 翌月

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。

区分	単価	12月 21日 ～ 1月 20日分 支給額	1月 21日 ～ 2月 20日分 支給額	2月 21日 ～ 3月 20日分 支給額
基本給	200,000	0	0	0
通勤手当	12,000			
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与	212,000	0	0	0
計				

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
基本給欠勤控除 $200,000 \div 20 \times 2 = 30,000$
通勤手当1-4月欠勤控除

賃金日額と傷病手当金日額を比較するので計算方法の記載が必要です

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 4 年 4 月 26 日 担当者氏名 ○○○○

事業所所在地 長野県上伊那郡箕輪町大字中箕輪14016
事業所名称 KOA株式会社
事業主氏名 ○○○○

電話 0265 (○○) ○○○○

氏名記載をお願いします

記入例

社宅を貸与している方は、居住スペース、勤務地の都道府県、個人負担額に応じて現物給与として扱います
例：勤務地神奈川県（¥2, 150/畳）、社宅畳数19. 2畳、自己負担¥40, 000
 $2, 150 \times 19.2 - 40, 000 = \text{現物給与} \text{ ¥1, 280}$ マイナスの場合は現物給与ナシとなります

1 2 3 4 5

被保険者氏名 協会 花子

勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

年	月	日	出勤	有給
平成 26 年	2 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	計 5 日	計 0 日
平成 26 年	3 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	計 0 日	計 0 日
平成 26 年	4 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	計 0 日	計 0 日
平成 26 年	5 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	計 9 日	計 0 日
平成 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	計 日	計 日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？ ☒ はい ☐ いいえ

給与の種類 ☐ 月給 ☒ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他

賃金計算 締日 末日 支払日 16 日

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。

区分	単価	2月 1日 ～ 2月 28日分 支給額	5月 1日 ～ 5月 31日分 支給額	月 日 ～ 月 日分 支給額
基本給	1,000	40,000	72,000	
通勤手当	20,000	20,000	20,000	
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計				

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
基本給計算方法
① 1,000円×5時間×5日
=40,000円
② 1,000円×8時間×9日
=72,000円

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 26 年 6 月 16 日 担当者氏名 ○○ ○○

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1
事業所名称 ○○株式会社
事業主氏名 健保 三郎

電話 03 (○○○○) ○○○○

【被保険者の方へ】

1 お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

【事業主の方へ】

2 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

3 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。

4 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

5 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。