

【記入例その1】 健康保険 出産手当金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	999 - 9999		② 被 保 険 者 (申 請 者) 氏 名	ケンボ ハナコ 健保 花子				
	③ 被 保 険 者 (申 請 者) 住 所	〒 123 - 4567 電話 012 - 3456 - 7890 千葉県習志野市△△ ○-○-○							
	事 業 所	名 称	千葉県トラック運送㈱						
		所 在 地	千葉県習志野市菰浜○-○-○						
	出 産 予 定 日	令和 ○ 年	1	月	2	日			
	出 産 日	令和 ○ 年	1	月	1	日			
	④ 出 産 の た め 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	令和 ○ 年	11	月	22	日 から			
		令和 ○ 年	2	月	27	日 まで			
	⑤ う え の 期 間 分 (申 請 期 間) の 報 酬	受 け た ・ 一部受けた ○ 受けられない							
	出 産 の た め 入 院 し た 期 間	令和 ○ 年	1	月	1	日 から			
令和 ○ 年		1	月	11	日 まで				
入 院 費 用 の 別	健康保険	・ 自費	・ その他 ()						
⑥ 被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	〇〇	銀行	信用金庫	〇〇	本店	種 別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
			信用組合		支店	別 当 座		口座名義 (カタカナ)	ケンボ ハナコ

【記入のポイントその1】

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

<被保険者（申請者）が記入するところ>

- ①被保険者等記号・番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- ②被保険者（申請者）氏名
被保険者氏名をご記入ください。
・被保険者が亡くなられている場合は申請者氏名をご記入ください。
- ③被保険者（申請者）住所
被保険者住所をご記入ください。
・被保険者が亡くなられている場合は申請者住所をご記入ください。
- ④出産のため休んだ期間
出産のため休んだ期間をご記入ください。
- ⑤被保険者名義（申請者）受取金融機関
被保険者の口座をご記入ください。
・受取金融機関を被保険者以外に委任する場合は、受取代理人の欄に署名が必要です。
・被保険者が亡くなられている場合は申請者の口座をご記入ください。その際、別途書類が必要となりますので、健保へご連絡をお願いします。

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

受 取 代 理 人 の 欄	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。 令和 年 月 日	
	被保険者 氏名	
	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 〒 電話 - -	
	代理人	フリガナ 氏名

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

【記入例その2】

勤務状況

【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示して下さい。

1

	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	出勤	有給	
令和○年11月	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	公	公													日	日
令和○年12月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日	
令和○年1月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日		
令和○年2月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日		
令和 年 月																																日	日	

うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳
(月単位で支払われるものは30で除して1日当たりの額を算出)

2

種 類	支 給 額	1日当りの額	支 給 期 間	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) についてご記入下さい。
基 本 給	円	円	月 日～ 月 日分	
役付手当	円	円	月 日～ 月 日分	
家族手当	5,000 円	167 円	11 月 1 日～ 11 月 30 日分	
通勤手当	円	円	月 日～ 月 日分	
	円	円	月 日～ 月 日分	
計	5,000 円	167 円	11 月 1 日～ 11 月 30 日分	

3

4

労務に服さなかった日について
報酬を支払わない場合はその旨と理由

欠勤のため

被保険者の 業務内容	運転手	給与の種類	月給・日給・日給月給 時間給・歩合給 その他 ()	賃金計算 額 当月 5 日払い
---------------	-----	-------	----------------------------------	--------------------

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和○年○月○日

担当者氏名

5

事業所所在地

千葉県習志野市茜浜○-○-○

事業所名称

千葉県トラック運送㈱

事業主氏名

○ ○ ○ ○

電話 123 (456) 7890

◎申請期間分と申請期間前一ヶ月分（通常勤務日分）の出勤簿（タイムカード）及び賃金台帳の写しを添付して下さい

【記入のポイントその2】

＜事業主の証明するところ＞

①勤務状況

申請期間中の勤務状況をご記入ください。

②申請期間中に満額支払われた手当をご記入ください。

③欠勤控除等手当の計算式をご記入ください。

④ 労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由をご記入ください。

⑤事業主の証明をご記入ください。

＜医師・助産師の記入するところ＞

⑥医師または助産師へ証明を依頼してください。

【添付書類】

申請期間分と申請期間前1ヶ月分（通常勤務分）の出勤簿（タイムカード）
及び賃金台帳の写し

医師・助産師の記入するところ	出 産 年 月 日	令和 ○ 年 1 月 7 日	出産予定年月日	令和 ○ 年 1 月 2 日
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎	生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)
	出産のために入院した期間	令和 ○ 年 1 月 7 日から	左記の期間の内は健康保険または公費で入院した期間	令和 年 月 日から
		令和 ○ 年 1 月 11 日まで		令和 年 月 日まで
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○ 年 1 月 11 日				
医療施設の所在地 千葉県習志野市×× △-△-△ 医療施設の名称 ○○産婦人科クリニック 医師・助産師の氏名 ○○ ○○ 電話 ○○ (○○) ○○				

（千葉県トラック健康保険組合）