

健康保険 出産手当金支給申請書

被保険者情報	被保険者等	記号		番号		氏名										
	住所	TEL: ()														
	この請求は出産前の請求ですか、 出産後の請求ですか		☐ 出産前	☐ 出産後	出産児の数	☐ 単胎	☐ 多胎(児)									
	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	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	(日間)					
	上記の出産のため休んだ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(下記の項目を記入してください)				☐ いいえ							
	回答が 「はい」 の場合	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときの 報酬支払の基礎となった(なる)期間				令和				年	月	日	～	令和	年	月
報酬の支払いを受けた(受けられる)ときの 報酬額				円												

●「※」欄は記入しないでください。

令和 年 月 日提出

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。			
	名称				
	氏名				
被保険者氏名		令和	年	月	日

被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 本・支店(所)			
		信金・信組 (どちらか○印)			
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号	
	(フリガナ)				
預・貯金口座名義人					

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

※支給決議書	伺日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	次長	係					
	決裁日	令和	年	月	日									
	支給額		円				出産日	令和		年	月	日		
	資格	取得	平・令	年	月	日	支給期間	令和				年	月	日
		喪失	令和	年	月	日		令和				年	月	日
	標準報酬月額		千円				該当事項	法第104条 法第106条 法第108条 法第109条						
備考														

◎労務に服することができ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記入してください。

事業主証明欄	勤務状況(出勤は○、欠勤は×、有給は有、公休は休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	計	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	計	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	計	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	計	日	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				給与の種類		☐ 月給		☐ 時間給				賃金計算		締日		日																					
			☐ いいえ						☐ 日給		☐ 歩合給						支払日		☐ 当月		日																			
									☐ 日給月給		☐ その他()								☐ 翌月																					
	支給した(する)賃金内訳	期間	単 価		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		●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。																											
		区分			支 給 額		支 給 額		支 給 額		支 給 額																													
		基本給																																						
		通勤手当																																						
		家族手当																																						
		手当																																						
		手当																																						
手当																																								
現物給与																																								
計																																								
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					
事業所所在地																																								
事業所名称																																								
事業主氏名																															TEL: ()									

◎労務に服することができなかった期間の給与明細書(賃金台帳等)と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。

医師・助産師記入欄	出産者氏名														
	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)				生産または死産の別	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											TEL: ()				

健康保険 出産手当金支給申請書

記入例

被保険者情報	被保険者等	記号	901	番号	829	氏名	上州 あぐり
	住所	群馬県前橋市〇〇町1129					
	TEL 027(〇〇〇)1010						
	この請求は出産前の請求ですか、 出産後の請求ですか		☐ 出産前 ☒ 出産後		出産児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎(児)	
	出産予定日	令和 6 年 6 月 19 日			出産日	令和 6 年 6 月 19 日	
	出産のため 休んだ期間	令和 6 年 5 月 9 日 ~ 令和 6 年 8 月 14 日 (98 日間)					
	上記の出産のため休んだ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(下記の項目を記入してください) ☒ いいえ		
回答が 「はい」 の場合	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときの 報酬支払の基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときの 報酬額		円				

●「※」欄は記入しないでください。

令和 6 年 12 月 1 日 提出

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。
	名称	●●市●●町●●番地 〇〇農業協同組合 代表理事組合長 大地 耕作
	氏名	
被保険者氏名	令和 6 年 12 月 1 日 上州 あぐり	

被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 本・支所 信金・信組 (本・支どちらか〇印)			
	預・貯金口座	種別	普・当	口座 番号	
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)			

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

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	支給額		円			
	資格	取得	平・令 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
		喪失	令和 年 月 日	支給期間	令和 年 月 日 (日間)	
	標準報酬月額		千円		該当事項 法第104条 法第106条 法第108条 法第109条	
備考						

◎労務に服することができ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記入してください。

事業主証明欄	勤務状況(出勤は○、欠勤は×、有給は有、公休は休でそれぞれ表示してください。)																															出勤	有給		
	6 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	0 日	0 日
	6 年 6 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	0 日
	6 年 7 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	0 日
	6 年 8 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	0 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	☒ 当月 ☐ 翌月 21 日																							
	支給した(する)賃金内訳	期間	単 価	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	●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。																											
		区分		支 給 額	支 給 額	支 給 額	支 給 額																												
		基本給																																	
通勤手当																																			
家族手当																																			
手当																																			
手当																																			
手当																																			
現物給与																																			
計																																			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6 年 12 月 1 日																															担当者氏名	〇〇 〇〇			
事業所所在地 ●●市●●町●●番地																																			
事業所名称 〇〇農業協同組合																																			
事業主氏名 代表理事組合長 大地 耕作 TEL: 027(〇〇〇)4153																																			

◎労務に服することができなかった期間の給与明細書(賃金台帳等)と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。

医師・助産師記入欄	出 産 者 氏 名										
	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	医師又は助産師から出産について証明をもらってください。									週)
	上記のとおり相違ありませ										日
	医 療 施 設 の 所 在 地										
	医 療 施 設 の 名 称										
医師・助産師の氏名											TEL: ()