

健康保険出産手当金・出産手当金付加金申請書（第 回）

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号に代えてマイ ナンバーで申請する場合							
	事業所の名称										
	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日		
	住所	〒	—	都・道 府・県							
	電話番号 (日中の連絡先)	—		—							
振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 (銀行コード:)		預金種別	普通・当座・その他()						
		支店・本店・出張所 その他()		口座番号							
	口座名義 (カタカナ)	(店番:)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人						
委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						令和	年	月	日
		住所									
	代理人 (口座名義人)	住所									
		事業所名 (申請者名)									
申請内容	出産予定日	令和	年	月	日	この申請は産前・産後分 (一括)ですか。 または産前・産後分別々 の申請ですか。	<input type="checkbox"/> 産前・産後分の申請(一括) <input type="checkbox"/> 産前分(出産日の前日まで) <input type="checkbox"/> 産後分				
	出産日	令和	年	月	日						
	出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月	日	から	日間	この期間に報酬を受けられましたか または今後受けられますか			
		令和	年	月	日	まで		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	「はい」の場合 その報酬支払の基礎と なった(なる)期間と報酬額	令和	年	月	日	から	報酬額				
令和		年	月	日	まで	円					
医師又は助産師記入欄	出産予定日	令和	年	月	日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
	出産日	令和	年	月	日	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (週)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。										
	所在地								令和	年	月
医療機関名											
氏名								電話番号	()		

備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

受付印

事業主が証明するところ	出産手当金を申請する被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から				この期間に対し賃金を支給しました(します)か	
		令和 年 月 日 まで				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	給与支給計算期間	自 日 至 日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月				日払	
	上記の期間に対して、報酬の全部または一部を支給した(する)場合	給与	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			支給額	円
		<input type="checkbox"/> 控除なし <input type="checkbox"/> 控除あり <small>控除がある場合、計算方法をご記入ください。</small>					
		その他()	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			支給額	円
		<input type="checkbox"/> 控除なし <input type="checkbox"/> 控除あり <small>控除がある場合、計算方法をご記入ください。</small>					
		通勤費	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			支給額 (清算額を除く)	円
	支給方法	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> その他()					
上記のとおり相違ないことを証明します。 ※申請期間が経過した後に証明してください。							
所在地	令和 年 月 日						
事業所名称							
事業主氏名	電話番号 ()						

《出産手当金申請の際の留意点》

この出産手当金は被保険者が出産のため休業し、この間報酬を受けることが出来ない時に支給されます。

なお、報酬を受けている場合は支給されませんが、報酬の額が出産手当金より少ない時は、その差額を支給します。

○支給要件

- ・被保険者が出産したこと

※妊娠85日以上の出産が対象であり、早産、死産、流産も含まれます。

- ・労務に服していないこと（有給休暇、欠勤、土日祝日等に関わらず仕事を休んでいること）

○支給期間

出産日(出産日が出産予定日より後の場合は、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日の間

- ・出産日が出産予定日より前の場合



- ・出産日が出産予定日より後の場合



※出産日までのα日が加算されます

○添付書類

- ・上記の支給期間全ての月の出勤簿(写)と賃金台帳(写)

※上記の書類を提出できない場合は事業主の証明書をご提出ください。

※海外で出産した場合は上記の書類に加えて、出生証明書とその翻訳文(翻訳者の氏名・住所を明記)