出産手当金支給申請書記入例　１枚目

◎ この申請書は２枚一組です。次ページに事業主証明欄、医師・助産師証明欄があります。

1枚目

健康保険 出産手当金支給申請書

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「記入上のご注意」を確認してください。

被保険者が記入するところ

① 記号・番号 (A)	記号 ○○○○ 番号 ○○○○	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	健保　花子 ③ 昭和・(平成) ○年 1 月 1 日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒 169 － 8516 ） 東京都新宿区百人町○－○－○	TEL 090 （○○○○）○○○○ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
⑤ 事業所の名称	株式会社○○○○		
⑥ 出産年月日	令和 ○年 4月 6日	⑦ 出産予定年月日	令和 ○年 4月 10日
⑧ 出産のため休んだ期間（申請期間） (B)	令和 ○年 2月 21日 から 令和 ○年 5月 29日 まで	日数 98	⑨ 被保険者の資格を取得した日 (平成・令和) ○○年 4 月 1 日
⑩ 上記⑧の申請期間に報酬を受けたい。または今後受けられますか。 (C)	☑ はい ☐ いいえ	⑪ 「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	令和 ○年 2 月 1 日 から 令和 ○年 2 月 29 日 まで 【報酬額】 15,260 円

(D)

⑫ 振込指定口座

☐ 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してください。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

銀行・信組 / 金庫・農協	支店 / 出張所	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
〔金融機関コード　　〕	〔店番号　　〕	☐ 普通 ☐ 当座		※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入をしてください。

⑬ 委任状

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。
※☐にチェックを入れてください。
☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人（⑫の記入は不要です。）
☐ その他の受取代理人

被保険者（申請者）　住所　氏名

受取代理人情報

代理人住所	（〒　　－　　）　TEL　（　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
代理人氏名	フリガナ

＊訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には被保険者本人がサインをしてください。

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

〔備考〕

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

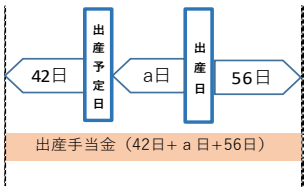
(A)

記号番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。資格喪失後の申請であっても記号番号は**ITS在籍時のもの**を記入してください。
（任意継続でご加入の方は在職時のものを記入してください。）

(B)

出産日（出産が出産予定日より遅れたときは出産予定日）以前42日（多胎の場合は98日）から出産日後56日までの期間のうち、労務に服していない期間を記入してください。

◆出産予定日を過ぎて出産したと場合の産前産後休業算出方法



(C)

⑩・⑪欄には申請期間にかかる報酬がある場合に記入してください。

申請期間に入ってから振り込まれたものであっても、申請期間にかかる報酬でなければ記入の必要はありません。（左記の例だと、2/25に1月分の給与が振り込まれた、というケースは2/21以降にかかる報酬ではないため⑩欄は「いいえ」になります。）

(D)

●【被保険者への振込を希望】

<公金口座を利用する場合>
⑫欄の「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」にチェックをつけてください。口座情報の記入は不要です。
⑬欄は空欄のままにしてください。

<公金口座を利用しない場合>
⑫欄に口座情報を記入してください。⑬欄は空欄のままにしてください。

●【事業主の選定した保険給付金受領代理人（事業所の登録口座）への振込を希望】
⑬欄「事業主の選定した保険給付金受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入してください。
その際⑫欄の口座情報、受取代理人情報欄は省略できます。

●【その他の受領代理人（事業所の別口座やご家族の口座）への振込を希望】
⑫欄に該当口座を記入してください。⑬欄「その他の受領代理人」にチェックをつけ、住所、氏名を記入し受取代理人情報欄にも必要事項を記入してください。

出産手当金支給申請書記入例　２枚目

出産手当金支給申請書（2枚一組での申請になります。）

◎申請については、その期間にかかる 出勤簿(写)、及び 賃金台帳(写)を添付してください。

2枚目

事業主が証明するところ

⑭ 労務に服さなかった期間 Ⓔ

令和 ○ 年2 月 21 日 から
令和 ○ 年5 月 29 日 まで
98 日間

●給与締日と支払日を記入してください

締日	末 日	支払日	（当月 翌月） 25 日

⑮ 上記の期間に対して賃金を支給しました（しますか？

☑ はい → （※下記に内訳を記入してください。）
☐ いいえ

報酬の名称	支給対象期間	支給額
通勤手当	2 月 1 日 ～2 月 28 日	15,260 円
	月 日 ～ 月 日	円
	月 日 ～ 月 日	円
	月 日 ～ 月 日	円
支給・控除額の算出式	Ⓕ （基本給＋職能手当）÷21×4日（欠勤日数）	

〔備考〕該当するものを○で囲んでください。
●復職状況：（未復職）／復職〔 月 日〕
●通勤手当（1か月）／3か月／6か月／実費／なし〔 15,260 円〕
※通勤手当を精算されている場合は、その算出式を**添付する賃金台帳（写）に記入**してください。

Ⓖ

⑯上記のとおり相違ないことを証明します。

証明日 令和 ○ 年 6 月 15 日

担当者氏名 ○○ ○○

所在地 東京都新宿区西新宿○-○－○
名称 株式会社○○○○
事業主氏名 ○○ ○○
TEL 03 （○○○○） ○○○○

医師または助産師が意見を記入するところ

⑰ 出産者氏名	健保 花子		
⑱ 出産年月日	令和 ○ 年 4 月 3 日	⑲ 出産予定年月日	令和 ○ 年 4 月 10 日
⑳ 出生時の数	（単胎）・多胎 （ 児）	㉑ 生産または死産の別	（生産）・死産（妊娠 週）

㉒上記のとおり相違ありません。

証明日 令和 ○ 年 4 月 5 日

医療施設の所在地 東京都新宿区新宿○－○－○
医療施設の名称 ○○○産婦人科医院
医師・助産師の氏名 ○○ ○○
TEL 03 （○○○○） ○○○○

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

・ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師の氏名（サイン）をご記入ください。
・㉒医療機関の所在地・名称が手書きの場合、確認させていただいております。

備考

Ⓔ
⑭欄は⑧欄と同じ期間を記入してください。

期間のうち出勤している日がある場合は、証明期間から出勤日を除いた日数を「○日間」と記入したうえで、余白に具体的な出勤日を記入してください。（例：左記の期間で2日間出勤があった場合「2月21日から5月29日まで96日間、2月23、24日出勤」となります。）

Ⓕ
申請期間の報酬に対し欠勤控除・日割支給が行われている場合はその金額を算出する式を記入してください。
通勤手当の精算が行われている場合にも精算金額の算出式が必要になります。この欄に入りきらない場合は賃金台帳余白や別紙に記入してください。

Ⓖ
復職状況/通勤手当は該当するものを○で囲んでください。

時給者の場合は時給単価を備考へ記入してください。（賃金台帳に記載がある場合は不要です。）

◇問い合わせ先◇
関東ITソフトウェア健康保険組合　給付課　03-5925-5303