◎ 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	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	③ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒　　－　　）　　TEL　　（　　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑤ 事業所の名称			

⑥ 出産年月日	令和　　年　　月　　日		⑦ 出産予定年月日	令和　　年　　月　　日			
⑧ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日	から	日数	⑨ 被保険者の資格を取得した日	平成・令和　　年　　月　　日		
	令和　　年　　月　　日	まで					

⑩ 上記⑧の申請期間に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	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　月　日 から 令和　年　月　日 まで 【報酬額】　　円

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	

関東ITソフトウェア健康保険組合（令和6年12月改）

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　月　日 から
令和　年　月　日 まで
日間

●給与締日と支払日を記入してください

締日	日	支払日	（当月・翌月）　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
	月　日 ～ 月　日	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		

〔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〔　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　月　日

担当者氏名

所在地

名称

事業主氏名

TEL　（　）

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			
⑱ 出産年月日	令和　年　月　日	⑲ 出産予定年月日	令和　年　月　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　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　（　）

※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

記入上のご注意

共通事項

・ 記入し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**各記入者の氏名（サイン）**を記入してください。

・ ⑧、⑭の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。
例えば6月13日から6月19日までは、7日間となります。

被保険者の方へ

・ ①記号・番号は保険証に記載されています。

・ 出産手当金は、被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、
出産日（出産日が出産予定日より遅れた場合においては出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）目から出産日後56日目までの期間を限度として支給されます。
なお、出産当日は出産日以前の期間に含まれます。
・ 申請期間が経過してから（申請期間にかかる給与確定後）申請してください。

◆◆海外で出産した場合◆◆
・ ㉒へは医療機関等のスタンプ（公印）を必ず押してもらってください。
※スタンプの押印がある場合でも、他の証明書（出生証明書など）を確認させていただく場合があります。
（証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。）

保険給付金の振込先について

・ 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は、⑫のみ記入してください。

・ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑬の委任状が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」 のいずれかにチェック☑を入れ、

[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所、氏名を記入してください。

・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、⑫の記入は不要です。

[その他の受取代理人へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所、氏名を記入してください。

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・⑫に受取代理人の口座を記入してください。

事業主の方へ

- 被保険者の資格を喪失した後の出産であっても⑧の申請期間が在職期間にかかる場合は、退職日までの事業主の証明が必要です。
- ⑭の期間に報酬が支払われている場合には、⑮「はい」にチェックを入れ、支払った報酬の名称（有給休暇、通勤手当等）、支給対象期間、支給額、算出式を記入してください。
- 備考欄の該当するものを〇で囲み、金額、復職状況を記入してください。
- 書類作成日が証明日となります。必ずご記入ください。※⑭の期間を過ぎてから証明してください。

【添付書類】

申請期間にかかる

① 出勤簿（写）
- 添付していただく出勤簿（写）には、**「出勤」・「有給休暇」・「欠勤」等**、勤怠の表示が必要です。
  出勤・有給休暇以外の表記がなく欠勤日が空欄になってしまう場合は、出勤簿に手書きで「欠勤」等記入してください。

② 賃金台帳（写）
- 欠勤控除が翌月以降になる場合は、欠勤控除が行なわれた月の賃金台帳（写）が必要です。
- 報酬が支払われていない月に賃金台帳に金額表記がでない場合は、総支給額欄に手書きで「０円」と記入してください。

※申請期間にかかる給与の締日以降、確定している出勤簿（写）・賃金台帳（写）を添付してください。

※必要に応じ、別途添付書類の提出をお願いする場合もありますのでご了承ください。

医師または助産師の方へ

- ⑳、㉑は、それぞれ該当する文字を〇で囲んでください。
- ㉑の死産を〇で囲んだ場合は、妊娠何週の死産であるのかを当該欄に付記してください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。
出産手当金の時効の起算日については「労務に服さなかった日ごとにその翌日」となります。

＜問合せ先＞　給付課TEL　03-5925-5303