

健康保険出産手当金申請書（第 回）

1ページ/4ページ

必ず全ページ合わせて
ご提出ください。

○記入の方法は3、4ページを参照してください
○本申請に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑫委任状欄に記入してください

被保険者が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者) 氏名					
	③ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	④ 事業所		
	⑤ 被保険者 (申請者) の現住所							
	⑥ 被保険者の 資格を取得 した年月日	昭和 平成	年	月	日	⑦ 既に喪失して いる場合は 喪失年月日		
	⑧ この申請は分べん前のものでしょうか、分べん後のものですか			ア 分べん前 ・ イ 分べん後				
	⑨ 分べんの日 分べん予定日	令和	年	月	日	分べん		
		令和	年	月	日	分べん予定		
	⑩ 分べんのため 休んだ期間	令和	年	月	日	から		
		令和	年	月	日	まで		
		(1)	うえの⑩の期間に報酬を受けましたか、 または受けられますか			ア 受けた イ 受けない ウ 受けられる エ 受けられない		
	(2)	報酬をうけたとき、または受けられる ときは、その報酬の額とその支払いの 基礎となった(なる)期間			令和	年	月	日から
					令和	年	月	日まで
					の分として 円			

⑫ 委任状	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	住 所		
		氏 名		
	受領代理人	住 所		
		氏 名	委任者と代理人 との関係	
電話番号				

令和 年 月 日提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士の 提出 代 行 者	
----------------------	--

東京都自動車整備健康保険組合

※申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳・出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳（写し）の余白欄にその計算式を記入してください。

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	(出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は／でそれぞれ表示してください)												計	出勤 有給																						
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	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	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		
		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		
		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		
		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				
	⑭ 報酬の 締切日 支払日	(当月・翌月)		⑮ 報酬の支払い形態		ア 月給制 ウ 日給制 オ その他 ()		イ 日給月給制 エ 時間給制 ()																													
	⑯ ⑭の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合はする場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分として	日締め		日払い		円 (月 日支払)																														
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分として	日締め		日払い		円 (月 日支払)																														
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの分として	日締め		日払い		円 (月 日支払)																														
⑰ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨																																					
⑱ うえのとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日																																				
⑲ 事業所所在地																																					
⑲ 事業所名																																					
⑲ 事業主氏名																																					
⑲ 電話番号	担当者氏名																																				

医師または助産師が意見を記入するところ	⑲ 分べん年月日 分べん予定年月日 ※必ず記入してください	令和 年 月 日 分べん 令和 年 月 日 分べん予定			
	⑳ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	㉑ 分べん後のときは、 生産または死産の別	生産・死産（妊娠 週の死産）	
			㉒ 単胎または多胎の別	単 胎 ・ 多 胎	
	㉓ 入院して分べんしたときはその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	㉔ 入院費用の別	健保・自費・その他
	㉕ うえのとおり相違ありません。	令和 年 月 日			
㉕ 医療機関所在地					
㉕ 医療機関名称					
㉕ 医師の氏名					
㉕ 電話番号					

《被保険者が記入するところ》

- ◆ ②は被保険者本人の氏名を記入してください。被保険者本人が死亡後に法定相続人が請求するものであるときは申請者の氏名を記入してください。（この場合は被保険者との続柄を記すとともに、その関係を証する書類を添付していただくことがあります。）
- ◆ ⑩は分べんのために休んだ期間（申請期間）を暦日で記入してください。
※出産手当金は、女性被保険者が分べん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、分べんの日（分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）目から、分べんの日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、分べんの日当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。分べん後の申請の場合は、分べん後57日経過後に提出してください。
- ◆ ⑪の(1)は申請書を提出するとき、現在までのことを「受けた」「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けてマルを付けてください。
- ◆ ⑪の(2)は「受けた」「受けられる」の場合、「〇〇～〇〇までの分として交通費〇〇円」などと記入してください。
- ◆ 資格喪失後の申請期間については、事業主の証明は不要です。

《事業主が記入するところ》

- ◆ ⑬は被保険者が出産のため休業した期間について暦日で記入してください。なお、被保険者が資格を喪失した後の期間については証明を要しません。
- ◆ ⑯は⑬の期間についての報酬の支給の有無について証明するものです。有給休暇扱いで報酬が支給される時、又は支給した場合は、「5月1日から5月10日まで有給扱い100,000円」などと記入してください。また、通勤手当など月額で支給される報酬があるときは、「4月1日から4月30日まで通勤手当30,000円」などと記入してください。
- ◆ ⑰は「(上記の他は) 現在までにも、また将来も支給しない」と記入してください。
- ◆ ⑱の証明年月日は必ず記入してください。

《医師が意見を書くところ》

- ◆ ⑲の「分べん年月日・分べん予定年月日」は必ず記入してください。
- ◆ ㉑の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何週目の死産であるか必ず記入してください。
- ◆ ㉓の証明年月日は必ず記入してください。

《共通する事項》

- ◆ 訂正するときは、必ず二重線で抹消し訂正者の氏名を記入してください、修正液等は使用しないでください。
- ◆ 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3日から6月10日までは8日間となります。