

記入例 出産金支給申請書

- ・申請書は、ボールペン等の消えないペンでご記入ください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

「資格確認のお知らせ」に記載されている記号と番号をご記入ください。

2

「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」どちらかをご記入ください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支給決定	健保使用欄は記入不要です			月 日
支給額				円
108条1				
控除金額	令和 年 月 日	理由		
一部不支給	令和 年 月 日	日間		

被保険者(申請者)情報	1 記号	番号	氏名	生年月日
被保険者	561	00000	健保 花子	昭和 5 年 1 月 5 日
住所	〒 000 - 0000 ○○市○○町○-○			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (0000) 0000			
事業所名称	ユニプレス(株)		資格取得日	昭和 27 年 4 月 1 日

2

「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

振込先指定口座	☐ マイナンバー等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は必ず「利用」しない場合は下記の欄を記入。) 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。			
口座名義	健保 花子	金融機関名称	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	00000000	左づめでご記入ください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 5 年 12 月 12 日 氏名 健保 花子 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 代理人の事業所(工場)又は住所 代理人の氏名
---------	--

備考	・訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入してください。 ・被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄にご記入ください。 ・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 提出代行署名記載欄	

2ページに続きます。》》》

受付日付印

202310改定

ユニプレス健康保険組合

1/2

3

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にマイナンバーをご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。

- ①身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(表面)の写し、運転免許証の写し、パスポートの写し
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書の写し
- ②番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - ・被保険者の個人番号カード(裏面)の写し、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者氏名

健保 花子

申請内容	1 出産予定日	出産予定日 令和 5 年 10 月 5 日
	2 出産日	出 産 日 令和 5 年 10 月 1 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 5 年 8 月 25 日 から 令和 5 年 11 月 26 日 まで 94 日間
	④-1 出生児の数	1 人
	④-2 死産児数	人

申請時の注意

1. 出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、出産の日(出産の日が出産の予定日より遅れた場合においては、出産の予定日以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)目から出産の日56日目までの間)において勤務に服さなかった期間が対象となります。
2. 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。(翻訳費用は自己負担です。)
3. 出産手当金の消滅時効の起算日は、出産のため勤務に服さなかった日ごとにその翌日となります。

・「事業主が証明するところ」は労務不能期間についての勤務状況等の証明のため、事業主に記入を依頼してください。
・「医師・助産師記入欄」は出産した医療機関等に記入を依頼してください。

- ※証明欄の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください

事業主が証明するとします 被保険者氏名	労務に服さなかった期間	年	月	日から 日	まで	日間																									
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																															
令和 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
令和 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
令和 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
令和 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
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																															
支給した賃金内訳	区分 期間	基本賃金	諸手当				欠勤 控除額	総支給額																							
			手当	手当	手当	手当																									
	1か月当りの金額	円	円	円	円	円																									
	月分 / ~ /						△	円	円																						
	月分 / ~ /						△																								
	月分 / ~ /						△																								
給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他	欠勤控除計算方法等についてご記入ください。																												
上記のとおり相違ないことを証明する。																															
令和 年 月 日																															
事業所所在地																															
事業所名称																															
事業主氏名																															
電話 ()																															

※ 健保記入欄	108条関係		(白) 年 月 日	(紫) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円
			(白) 年 月 日	(紫) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円
		(白) 年 月 日	(紫) 年 月 日	日間	円	月 日額	日支払円	

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	
	出生児の数	（単胎） （多胎）（児）	出産年月日	令和	年	月	日
	出産の別	（正産） （異常）（備考名） （生産） （死産）（妊娠 週）					
	上記のとおり初産であることを証明する。						
	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 ()						