記入例　健康保険　出産手当金支給申請書（第　1　回）

◎被保険者印は全て同じものを使用してください。

被保険者が記入するところ

(1)被保険者証		(2)事業所名称
記号 1000	番号 ① 200	情報サービス株式会社

(3)被保険者（申請者）氏名と印	(フリガナ) ケンポ　トモコ 健保　知子　健保印 自署の場合は押印を省略できます。	(4)被保険者の生年月日 昭和 / 平成　3　年　3　月　3　日
(5)被保険者（申請者）住所・電話番号	〒 460－0000 愛知県名古屋市中区栄○○－□□ TEL(052) ×××－ ○×○×	
② (6)出産のため仕事を休んだ期間（申請期間）	平成 / 令和　31 年 1 月 5 日 から 98 日間 平成 / 令和　31 年 4 月 12 日 まで	(7)出産予定日　平成 / 令和　31 年 2 月 20 日 (8)出産日　平成 / 令和　31 年 2 月 15 日
(9)出産のため仕事を休んだ期間（申請期間）の給料支給状況	基本給	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない
	諸手当	全額支給される ・ 一部支給 ・ 支給されない

同一印を押印

委任状

③ (10)本申請書にもとづく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 1 年 5 月 3 日

被保険者氏名　健保　知子　健保印　押印省略不可

委任された者の
事業所所在地　愛知県名古屋市中区錦○○－△△
事業所名称　情報サービス株式会社
代表者氏名及び印　情報　太郎　之印 代表者印

(11)被保険者が出産手当金申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義
④ 銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座		(フリガナ)

備考欄	

被保険者証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、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

◎労務に服することができなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ

(12)労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況を記入してください

勤務状況は ⑤
出勤・・・○　欠勤・・・×
有給・・・△　公休・・・公　と記入

	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
1月	公	公	公	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	○	公	公	△	△	△	△	△	公	公	△	×	×	×
2月	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×			
3月	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公
4月	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	×	×	×	×	×	公	公	公	×	
月																															

(13)給料の種類	月給 / 日給月給 / 日給 / 時間給 / その他( )	給料締切日	給料支払日	備考
		末日締	当月 / 翌月 末日払	交通費は11月に3ヵ月分(4万5千円)をまとめて支給しているため、1月分の賃金台帳に記載なし

(14)1ヵ月分の基本給・諸手当の額 ⑥

労務に服さなかった期間中の給料支給状況(給料の締切日に合せて記入)

		1月1日〜1月31日	2月1日〜2月28日	3月1日〜3月31日	4月1日〜4月30日	月日〜月日
基本給	(1ヵ月 200,000 円)	170,000	0	0	0	
家族手当	(1ヵ月 5,000 円)	4,250	0	0	0	
住宅手当	(1ヵ月 30,000 円)	30,000	0	0	0	
通勤手当	(1ヵ月 15,000 円)	15,000	0	0	0	
	(1ヵ月 円)					
合計		219,250	0	0	0	

※欠勤控除前の賃金を記入
実際に支給した給料を記入 ※欠勤控除後の賃金

(15)欠勤控除計算式 ⑦　基本給・家族手当÷20×欠勤日数

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 1 年 5 月 3 日

事業所所在地　愛知県名古屋市中区錦○○－△△
事業所名称　情報サービス株式会社
代表者氏名及び印　情報　太郎　之印 代表者印
TEL(052) △△△ － △△△△

医師または助産師が記入するところ

(16)出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)		
(17)出産予定年月日	平成 / 令和　31 年 2 月 20 日	(18)出産年月日	平成 / 令和　31 年 2 月 15 日
(19)正常出産又は異常出産の別	正常 ・ 異常	(20)生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠　ヵ月)

上記のとおり相違ありません

令和 1 年 5 月 1 日

医療施設の所在地　愛知県名古屋市中区○×－○×
医療施設の名称　情報病院
医師・助産師の氏名　健康　大一　健康印
TEL(052)　□□□ － □□□□

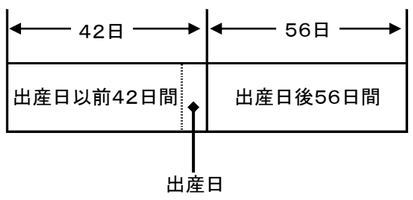
【記入上のご注意】

① 被保険者証の記号・番号および氏名を記入してください。自署の場合は押印を省略できます。
（保険証記号番号は健康保険証に記載されています。）

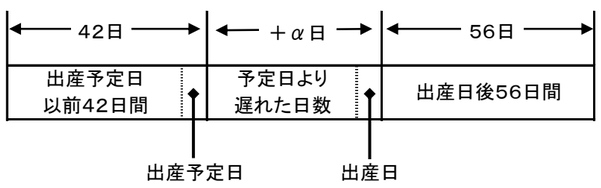
② 出産のため仕事を休んだ期間とその日数（公休日を含む）を記入してください。

【申請期間について】
出産手当金は、出産日（出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（ふたご以上の出産の場合は98日）から出産日後56日までの期間で、出産のため仕事を休み、給料を受けられない期間について支給されます。
なお、出産日は産前の42日間に含まれます。また、出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間分延長されます。

〈出産予定日に出産、または出産予定日より早く出産した場合〉



〈出産予定日より遅く出産した場合〉



③ 被保険者が出産手当金申請時に在職中の場合、給付金は事業所振込になりますので、被保険者氏名の記入、押印及び事業所名称・所在地・代表者氏名の記入、押印をしてください。

④ 被保険者が出産手当金申請時に退職している場合、給付金は個人振込になりますので、ご希望の金融機関の銀行名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義を記入して下さい。
なお、口座名義は被保険者（申請者）に限ります。

【事業主の方へ】

⑤ 被保険者が仕事を休んだ期間中の、賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日まで）の勤務状況を記入してください。

例　給料計算締日→末日締め当月末日払い　被保険者申請期間→1/5～4/12

（12）欄の記載→1/1～4/30までの記載

（14）欄の記載→1月支払分（1/1～1/31）～4月支払分（4/1～4/30）まで記載

⑥ 実際に支給した欠勤控除後の金額を記入してください。
※交通費等を、3ヵ月・6ヵ月分のようにまとめて支給している手当がある場合は、申請期間中の支給対象月に1ヵ月分の支給金額を記入してください。
なお、まとめて支給した月の賃金台帳（写）の添付が必要です。
また、支給後に交通費等を精算された場合は、精算が確認できる書類を添付してください。

⑦ 就業規則、給与規定などで定められている、欠勤控除の計算式を記入してください。

例1　基本給＋家族手当÷20×欠勤日数

例2　基本給＋住宅手当÷月所定日数（1・2月＝19日、3月＝20日、4月＝21日）×欠勤日数

● 労務に服することができなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

【注意事項】

● 訂正した箇所は、「委任状」欄の被保険者印と同一印を、訂正印として押印してください。

● 印は鮮明に押し、印漏れのないようにしてください。

● ボールペンまたは万年筆等で記入してください。
鉛筆、シャープペンシルにて記入された申請書は受付できません。

● 申請書は、出産手当金申請期間経過後に提出してください。