

支給決議書				常務理事	事務長	担当者									
受付年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成	令和	年	月	日					
承認年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日						
支給年月日	令和	年	月	日	【退職後】	任継加入	任継未加入								
款	項			目	支給額										
保険給付費	法定給付費			出産手当金						円					
支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間の平均標準報酬月額				標準報酬月額	円	標準報酬日額	円								
給付期間	自	R	年	月	日	区分	標準報酬・年金の日額	支給率	日数	支給額					
	至	R	年	月	日						法定給付	円	2 / 3		円
支給日数		日				報酬(給与)	円			▲	円				
予定日前42日	令和	年	月	日	支給停止期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	( 日間 )
出産日前42日	令和	年	月	日	出産後56日	令和	年	月	日	( 日間 )	早い	遅い	出産		

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3  
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。			生年月日	年齢	
	氏名	(フリガナ)				昭和 平成 年 月 日	歳
	住所	(〒 - )	都道府県	事業所/所属先			
電話番号	【自宅】 ( )	【携帯】 ( )					

振込先指定口座	*退職後、他の健康保険に加入された方と、被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。					
	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他	支店コード	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号	口座名義の区分	1. 被保険者 2. 代理人	
口座名義	(カタカナ)	「2」の場合は受取代理人欄を記入				

受取代理人の欄	被保険者に代わって代理人が請求受領する場合	(〒 - ) 【TEL】 ( )	住所	都道府県	被保険者と代理人との関係
	氏名				

委任状欄	被保険者(申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日	令和 年 月 日
	事業主名	氏名	住所 〔被保険者(申請者)情報〕の住所と同じ	
*退職された方は、記入不要です。				

「被保険者(申請者)・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	<input type="text"/>	受付日付印
<p>◀当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。▶</p>		
<p>社会保険労務士の提出代行者名記載欄</p>		

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者（申請者）・医師・助産師記入用

<b>被保険者氏名</b>	
---------------	--

<b>申請内容</b>	1 出産年月日及び出産予定日をご記入してください。	<table border="0"> <tr> <td>出 産 日</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>出 産 予 定 日</td> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>	出 産 日	令和	年	月	日	出 産 予 定 日	令和	年	月	日	
	出 産 日	令和	年	月	日								
	出 産 予 定 日	令和	年	月	日								
	2 出産のため休んだ期間	<table border="0"> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>から</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">日間</td> </tr> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>まで</td> </tr> </table>	令和	年	月	日	から	日間	令和	年	月	日	まで
令和	年	月	日	から	日間								
令和	年	月	日	まで									
3 上記の出産のため休んだ期間(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。	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;">1. はい</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;">2. いいえ</td> </tr> </table>	1. はい	2. いいえ										
1. はい	2. いいえ												
4 上記で「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)期間をご記入ください。	<table border="0"> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>から</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">報酬額</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td>令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>まで</td> </tr> </table>	令和	年	月	日	から	報酬額	円	令和	年	月	日	まで
令和	年	月	日	から	報酬額	円							
令和	年	月	日	まで									
<b>* 退職された方はご記入ください。</b>													
5 退職後に加入した健康保険はどちらですか。	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</td> <td>森永健康保険組合（任意継続者）</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</td> <td>国民健康保険</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">3</td> <td>その他 →</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">本人</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">家族</td> </tr> </table>	1	森永健康保険組合（任意継続者）	2	国民健康保険	3	その他 →	本人	家族				
1	森永健康保険組合（任意継続者）	2	国民健康保険										
3	その他 →	本人	家族										
「その他」の場合、加入保険者の名称と本人・家族区分を選択してください。													

<b>医師・助産婦記入欄</b>	患者氏名		出産児の数	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">単胎</td> <td>・</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">多胎</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">児</td> </tr> </table>	単胎	・	多胎	児			
	単胎	・	多胎	児							
	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出産予定年月日		令和 年 月 日						
	正常分娩または異常分娩の別	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">正常</td> <td>・</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">異常</td> </tr> </table>	正常	・	異常	生産または死産の別	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">生産</td> <td>・</td> <td style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">死産</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px;">妊娠 週</td> </tr> </table>	生産	・	死産	妊娠 週
	正常	・	異常								
生産	・	死産	妊娠 週								
上記の通り相違ありません。		令和 年 月 日									
医療施術の所在地											
医療施設の名称											
医師・助産婦の氏名											
医療施設の電話		( )									

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

2/3

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

事業主記入用

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及び賃金支払い状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者証の記号と番号	—		被保険者氏名																														
	労務に服さなかった期間(有休・公休日を含む)	*産前(予定日前42日【双児の場合98日】)から、産後(出産日の翌日から)56日までの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 )																																
	*出勤簿等の写しを添付する場合は記入省略可。 ( 出勤簿の添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )																																	
	勤務状況	【出勤は○】で、【有休は△】で、【欠勤は/】で、【公休は公】で、それぞれ表示してください。																																
	出勤						有休																											
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	上記労務に服さなかった期間中の賃金の支払状況について(1)、(2)のいずれかに○をつけてください。	(1) 上記労務に服さなかった期間分について、現在までもまた将来も支給しません。 (2) 全部または一部支給した(する)。 ※下記にその内訳を記入してください。																																
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 時給	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	毎月	日締切	支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日払い																				
*労務に服さなかった(有休日を含む)期間分について支払いが発生しない区分は記入不要です。																																		
支給した(する)賃金内訳	期間	日額	月 日	月 日	月 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算等)について記入してください。																											
	区分	(月給以外の場合)	~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分	~ 月 日分	支給額	支給額	支給額	支給額																								
	基本給																																	
	通勤手当																																	
	住居手当																																	
	扶養手当																																	
	手当																																	
	手当																																	
現物給与																																		
欠勤控除分																																		
計																																		
上記の通り相違ないことを証明します。										令和 年 月 日	担当者氏名																							
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																																		
事業所電話 ( )																																		