健康保険出産手当金申請書（　　回目）

※ 出勤簿 賃金台帳	照合者印	

年　月　日提出

◆記入内容等を訂正する場合は、二重線で抹消し、各欄の記入者が訂正してください。
◆記入の方法は裏面を参照してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等の記号・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 事業所名	（既に退職している場合は退職前の事業所名）
⑤ 被保険者（申請者）の現住所	〒　　電話（日中の連絡先）　（　）		
⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑦ 既に喪失している場合は喪失年月日	昭和　年　月　日
⑧ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後ですか	ア．出産前の申請　イ．出産後の申請		
⑨ 出産日	令和　年　月　日　出産		
⑨ 出産予定日	令和　年　月　日　出産予定		
⑩ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで　日間		
⑪ (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		
⑪ (2) 報酬を受けたとき、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 振込口座					
金融機関コード		金融機関名		銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
口座名義（カタカナで記入）		預金種別	支店番号	口座番号	
		普通 当座			

＊被保険者（申請者）以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑬ 委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を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	㊞	（被保険者の㊞と別の㊞を押してください）
	委任者と代理人との関係	電話（日中の連絡先）	（　）

東京金属事業健康保険組合
受付日付印

※

R6.12.2

※申請時には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード等）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

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			
⑮ 報酬の締切日 報酬の支払日	日締め	（当月・翌月） 日払い	⑯ 報酬の支払い形態	ア 月給制　イ 日給月給制 ウ 日給制　エ 時間給制 オ その他（　）
⑰ 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、またはする場合	年　月　日　から 年　月　日　までの分として　円（　月　日支払）			
	年　月　日　から 年　月　日　までの分として　円（　月　日支払）			
	年　月　日　から 年　月　日　までの分として　円（　月　日支払）			
⑱ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨				

⑲ うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地
事業所名
事業主氏名
電話番号

医師または助産師が記入するところ

⑳ 出産日	令和　年　月　日　出産			
⑳ 出産予定日	令和　年　月　日　出産予定			
㉑ 出産後のときは正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	㉒ 出産後のときは、生産または死産の別	生産・死産（妊娠　週の死産）	
		㉓ 単胎または多胎の別	単胎・多胎	
㉔ 入院して出産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	㉕ 入院費用の別	健保・自費・その他	

㉖ うえのとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関名称
医師の氏名
電話番号