記入例

健康保険出産手当金申請書（ 1 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 111 番号 1234	② 被保険者（申請者）氏名	金属 恵子
③ 被保険者の生年月日	昭和 平成 6年 4月 23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） △△〇〇金属(株)
⑤ 被保険者（申請者）の現住所	〒 101−0000 東京都千代田区□◇〇町100−100	電話（日中の連絡先）	090（1234）XXXX
⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 平成 令和 29年 4月 1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 5年 6月 10日 出産		
⑨ 出産予定日	令和 5年 6月 3日 出産予定		
⑩ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 5年 4月 23日 から 令和 5年 8月 5日 まで	105 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	4321	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）	キンゾク ケイコ	預金種別	普通 当座	支店番号	123	口座番号 4567890

＊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 5年 4月 23日 から 令和 5年 8月 5日 まで	105 日間	
⑮ 報酬の締切日 報酬の支払日	20 日締め	（当月） 翌月 25 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	現在までも、また将来も支給しない		

うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 5年 8月 20日

⑲
事業所所在地 113−0000
事業所名 東京都文京区〇〇町3−2−1 △△〇〇金属(株)
事業主氏名 代表取締役社長 〇〇 〇〇
電話番号 03−××××−××××

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

うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

㉖
医療機関所在地
医療機関名称
医師の氏名
電話番号

⑳〜㉖欄は医師に記入してもらってください