

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職(予定)者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。	
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					
	<input type="text"/>					

申請内容	1 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和	年	月	日					
		出産日	令和	年	月	日					
	2 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
3 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 児										

受付日付印

「医師・助産師・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

医師・助産師・事業主記入用

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	出産年月日	令和	年	月	日				
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産	(妊娠	週)				
	上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)										令和	年	月	日
医療機関の所在地														
医療機関の名称														
医師・助産師の氏名														
電話 ()														

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状況等をご記入ください。
勤務状況を確認するため、勤務時間実績表を添付してください。賃金を支給している場合、給与明細を添付してください。

事業主記入欄	被保険者氏名																																				
	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	日数	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。										出勤	有給																								
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	令和	年	月度	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	計	日	日
	上記の期間に対して、賃金を支給しましたか？	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ																																	
上記のとおり相違ありません。										令和	年	月	日																								
事業所所在地																																					
事業所名称																																					
事業主氏名																																					
電話 ()																																					

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄



健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	4	7	5	33 歳
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	リョウコ					
		健保	亮子						
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	△△ 都道府県 △△市△△番△△号							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111	△△△マンション601							
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。									

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職(予定)者も必ず署名してください。	令和 7 年 8 月 1 日
	氏名	健保 亮子	

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。			
	金融機関 名称	〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 その他 ()	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456 右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			
	ケンポ° リョウコ			

申請内容	1 出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	令和 7 年 6 月 7 日
		出産日	令和 7 年 5 月 27 日
	2 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 7 年 4 月 16 日 から 令和 7 年 7 月 22 日 まで	98 日間
3 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)		

受付日付印

「医師・助産師・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>



ヤマトグループ健康保険組合

1/2

医師・助産師記入欄

出産者氏名

医師・助産師記入欄

※被保険者は記入しないでください。

※医師・助産師に記入を依頼してください。

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状況等をご記入ください。
勤務状況を確認するため、勤務時間実績表を添付してください。賃金を支給している場合、給与明細を添付してください。

事業主記入欄

被保険者氏名

労務に服さな

日間

有給

日

日

日

事業主記入欄

※被保険者は記入しないでください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄