

# 健康保険 出産手当金支給申請書

◎ ◎ 必要事項の記入またはチェックをして、確認書類等を添付のうえ、労金健保へ事前に連絡願います。  
 ◎ 出産手当金の申請期間中に傷病手当金も申請する方は、労金健保へ事前に連絡願います。

被保険者証の記号・番号		事業所 名 称	記号		番号
氏 名			生年月日		連絡先電話番号
被保険者の (申請者)	昭和 平成		年	月	日
	連絡先(送付先)住所				
被保険者の 資格取得日		昭和 平成 令和	年	月	日
今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。		<input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input type="checkbox"/> 出産後の申請			
出産日と出産予定日を記入してください。 (「出産前の申請」の場合は、出産予定日のみ)		出 産 日	平成・令和	年	月 日
		出 産 予 定 日	平成・令和	年	月 日
④ 出産のため休んだ期間 (申請期間)	平成・令和	年	月	日	から
	平成・令和	年	月	日	まで
上記④「申請期間」の報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> 受けていない、今後も受けられない <input type="checkbox"/> 受けた(全部・一部) <input type="checkbox"/> 今後、受けられる(全部・一部)			
振 込 先 金 融 機 関	労働金庫		本店	預金 種別	1:普通
	店番号	口座 番号	口座 名義		
(カタカナで記入)					

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下について記入・押印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年	月	日	提出
	被保険者 (申請者) 住所 氏名		受付日付印			
	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	申請者 との関係			
	代理人の 住 所					

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、備考欄へ記入してください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

【④欄「出産のため休んだ期間」について】(下記の期間(最長)のうち、欠勤した期間を記入してください)

- ・産前 … 出産日(出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)
- ・産後 … 出産日の翌日から56日

※ 出産が出産予定日より遅れた場合は、その期間を含めて申請対象期間になります。

- 例1) 7/1 出産予定 7/3 出産  
 → 単胎: 5/21~8/28(100日間)、多胎: 3/26~8/28(156日間)
- 例2) 7/1 出産予定 6/29 出産  
 → 単胎: 5/19~8/24(98日間)、多胎: 3/24~8/24(154日間)

● 申請期間の「賃金台帳と出勤簿の写し」を添付してください。 ● 退職後の申請期間にかかる事業主の証明は不要です。			
労務に服さな かった期間 (申請期間において)	平成・令和	平成・令和	年間
上記期間中の 報酬の有無	<input type="checkbox"/> 全額支給〔平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日までの分〕 <input type="checkbox"/> 一部支給(基本給の一部、各種手当、通勤手当(定期代等)、厚生年金補給金 など) <input type="checkbox"/> 支給なし〔通勤手当等を含め、平成 年 月 日から報酬無し〕		
給与形態等	月給(固定給)・日給・時間給	給与締め日 と支払日	____日締 → 当月・翌月 ____日支払 残業等: ____日締 → 当月・翌月 ____日支払
欠勤控除の 算出方法 (一部控除があったとき)	(計算式)	欠勤控除 分の精算 時期	当月給与・翌月給与・ その他( )
上記期間中 の通勤手当 の取り扱い	<input type="checkbox"/> 支給していない <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金を依頼(給与での調整等、予定を含む) <input type="checkbox"/> 支給しているが、欠勤分の返金依頼や調整は行わない → *1 *1: 通勤手当(定期代等)の支給金額と対象期間が確認できる書類を添付願います。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産者氏名 (被保険者名)			
	出産年月日	平成・令和	年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎( )児	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。		年 月 日	
医療施設所在地				
医療施設名称				
医師・助産師の氏名		◎		
連絡先電話番号		( )		

※ 意見欄の内容または証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください)。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052  
 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階  
 全国労働金庫健康保険組合 業務部  
 TEL 03(5217)3162