

## 記入例

## 出産手当金支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

被保険者欄	記号	番号	(フリガナ)	クマモト ヨシコ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	3 4 5 6 7 8	氏名
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 5 年 6 月 7 日		電話番号 (日中の連絡先)
会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 080 ( 3456 ) 〇〇〇〇 ( ) 内線 <small>※退職者の方は住所をご記入ください。</small>

申請内容	1 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 checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請
	2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。	出産予定日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 10 月 5 日
		出産日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 10 月 10 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 8 月 25 日から	92 日間
		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 11 月 24 日まで	
	4 上記の出産のため休んだ期間(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"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5 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。	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から	円	
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで		
6 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎( 児)	

医師・助産師記入欄	出産者氏名	熊本 良子			
	出産予定年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 10 月 5 日	出産年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 年 10 月 10 日	
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎( 児)	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。				
	令和 元 年 12 月 2 日				
	医療施設の所在地	〒 810-0004 福岡市〇〇区〇〇1-2-3			
	医療施設の名称	〇〇〇〇〇クリニック			
医師・助産師の氏名	福岡 太郎	TEL	092 ( 123 ) 〇〇〇〇		

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕

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、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印

(2021.03)

「事業主記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

1

被保険者氏名 **熊本 良子**

2

勤務状況【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。

出勤 有給

<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元年 8 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	計	14 日	5 日
<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元年 9 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	計	0 日	0 日
<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元年 10 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	計	0 日	0 日
<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元年 11 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	計	5 日	0 日

3

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？

はい  
 いいえ

**給与の種類**  
 月給     時間給  
 日給     歩合給  
 日給月給    その他

**賃金計算**  
 締日  
 支払日

**末日**  
 20 日

5

期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

支給した(する)賃金内訳	区分	単価	8 月 1 日	11 月 1 日	月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
			~ 8 月 31 日分	~ 11 月 30 日分	~ 月 日分	
	基本給	163,000	146,700	40,750	支給額	<b>基本給欠勤控除</b> (8月) 8,150円×2日=16,300円 (11月)8,150円×15日=122,250円
	通勤手当	17,000	17,000	17,000	支給額	
	住居手当				支給額	<b>通勤手当は満額支給</b>
	扶養手当				支給額	
	手当				支給額	
	現物給与				支給額	
	計	180,000	163,700	57,750	支給額	

上記のとおり相違ないことを証明する。

**担当者氏名**    ○○ ○○

令和 元 年 7 月 5 日

事業所所在地 **福岡市中央区○○1-2-3**

事業所名称 **○○○○○株式会社**

事業主氏名 **代表取締役社長 ○○ ○○**      電話 **092 (123) ○○○○**

受付日付印

(2021.03)

記入上の注意

**【被保険者の方へ】**

- お勤め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

**【事業主の方へ】**

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は□で、欠勤の場合は/で表示してください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。
- ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

九州電力健康保険組合

2/2