健保 受付日付印	事業所 受付印

出産手当金 支給申請書 1/2

被保険者（申請者）情報

被保険者（右づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成
氏 名（自 署）	（フリガナ） （自 署）		
住所	（〒 ー ）		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	□本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します（委任する場合は☑） 令和 年 月 日 （自 署）	
代理人（口座名義人）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係 事業主

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。	□ 1. 出産前の申請 2. 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記入ください。	出産予定日 令和 年 月 日 出産日 令和 年 月 日
3 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
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。	□ 1. はい 2. 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。	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円
6 出生児の数	〔単胎〕 〔多胎〕（ 児）

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	〔単胎〕 〔多胎〕（ 児）	生産または死産の別	〔生産〕 〔死産〕（妊娠 週）

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名 印 TEL （ ）

東洋製罐健康保険組合

2024-12 3-1-11

出産手当金 支給申請書 2/2

注）資格喪失の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座				
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	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	□□□□□□□	左づめで記入
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けて記入、濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入ください）			口座名義の区分 被保険者

以上のとおり申請します。　令和　　年　　月　　日提出

・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を記入ください
・勤務状況は「勤務表」を添付ください

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間	
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況は下記のとおり		
支給期間	支給額（日額換算）	特記事項
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
月　日～　月　日分	円	
上記の支給期間を含む労務に服さなかった期間の勤務状況は 別添「勤務表」のとおり		

上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話　（　　）

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 □□□□□□□□□□□□

東洋製罐健康保険組合

2024-12　3-1-11