出産手当金申請書

受付日付印

記入見本

みずほ健康保険組合　御中

① 提出日	令和　○　年　○　月　○　日

被保険者（申請者）の記入欄

② 被保険者等の	記号 ○○○○	番号 ○○○○○○○	③ 氏名	みずほ　花子
④ 生年月日	昭和 平成 ○　年　○　月　○　日			
⑤ 住所 電話番号	〒 ○○○-○○○○　東京都○○区○○町1－1 連絡先（昼間）の電話番号　○○　（○○○○）○○○○			
⑥ 事業所名称	株式会社○○○○○		⑦ 所属部室店	○○○支店
⑧ 出産年月日	令和　○　年　○　月　○　日		⑨ 出産予定年月日	令和　○　年　○　月　○　日
⑩ 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		日数	○○　日間
⑪ 上記の出産のため休んだ期間（申請期間中）の報酬を受けましたか。また今後受けられますか。	受けた ・ 受けない ・ 今後受ける		「受けた」または「今後受ける」と答えた場合、⑫をご記入ください。	

⑫ 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。

有給（全額支給）	支給期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	日数　日間
基本給（一部支給）	支給期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円
通勤手当等	支給期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円

⑬ 出生児の数　単胎 ・ 多胎 ➡（　　児）

医師・助産師証明欄

出産者氏名	
出産年月日	令和　　年　月　日
出生児の数	単胎 ・

出産した医療施設で、証明を受けてください。

年　月　日

産 ➡（妊娠　　週）

上記のとおり相違ないことを証明

令和　　年　月　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医療施設電話番号
医師・助産師の氏名　　㊞

事業主の証明欄

※【事業主の添付書類】　❶申請期間中の勤務表（写）
❷申請開始月を含め過去7ヶ月分と申請期間の賃金台帳（写）または給与明細（写）

⑭ 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

⑮ 上記⑭の期間に対して、報酬を支払いました（支払います）　□ はい　⑯ 給与の　□ 月給　⑰ 賃金　締日　日　支払日　□当月　□翌月　日

事業所に提出し、証明を受けてください。

⑱ 上記⑭の期間を含む報酬の支

有給（全額支給）		日まで	日数　日間
基本給（一部支給）	支給期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円
通勤手当 払戻　無　□ 有　□ 払戻年月 令和　年　月	支給期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円
	払戻期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円
その他手当（家賃補給金 等） （　　）	支給期間	令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで	金額　円

⑲ 上記のとおり相違ないことを証明します。
令和　　年　　月　　日

事業所の所在地
名　称
事業主又は代理人氏名

担当者氏名	
連絡先	

※ 訂正箇所には訂正印（事業主印）を押印願います

被保険者等記号・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。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄	

（2024.12）