



# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2

事業主記入用

申請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。

事業主が証明するところ	被保険者等 記号・番号	1 0 0 0 - 1 0 1	被保険者氏名	海 野 空 子				
	労務に服さなかった期間	令和 8 年 2 月 2 0 日 から 令和 8 年 5 月 2 8 日 まで 9 8 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 8 年 2 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	3 日			
	令和 8 年 3 月	公 △ 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	1 7 日			
	令和 8 年 4 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			
	令和 8 年 5 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			
	令和 年 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	日	日			
	上記の期間に対して、 賃金を支給しました (します)か?	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の 種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 【294,000】円 <input type="checkbox"/> 日給 【 】円 <input type="checkbox"/> 時間給 【 】円	<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締 日	末 日
							支払日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日
上記の労務に服さなかった期間に対して、支給した報酬(※資格取得届や算定基礎届の標準報酬に算入しているもの)をご記入ください。								
報酬の名称	支給対象期間	支給額	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) 所定労働日数 21 日					
基本給等 (出勤・有給休暇も含む) ※給与が支払われた日を 賃金計算月毎に記入し てください。	2 月 2 5 日 ~ 2 月 2 7 日	3 日分	4 2, 0 0 0 円	294,000 ÷ 21 × 3 = 42,000				
	3 月 1 日 ~ 3 月 2 5 日	1 7 日分	2 3 8, 0 0 0 円	294,000 ÷ 21 × 17 = 238,000				
	月 日 ~ 月 日	日分	円					
	月 日 ~ 月 日	日分	円					
	月 日 ~ 月 日	日分	円					
通勤手当	2 月 2 0 日 ~ 2 月 2 8 日	9 日分	6, 7 5 0 円	126,000 ÷ 6 ÷ 28 × 9 = 6,750				
手当	月 日 ~ 月 日	日分	円					
手当	月 日 ~ 月 日	日分	円					
現物給与(社宅・食事等)	月 日 ~ 月 日	日分	円					
【通勤手当】 <input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 出勤日のみ支給【日額 】円 <input type="checkbox"/> 精算なし <input checked="" type="checkbox"/> 精算あり⇒右記に精算方法・式を明記	精算方法・式【 8 年 1 月支給 8 年 2 月 1 日~ 8 年 7 月 31 日分の内、 8 年 3 月に 8 年 3 月 1 日~ 8 年 7 月 31 日分精算】 3 ヶ月定期 63,000 円+(1 ヶ月定期 21,000 円×2)+手数料 220 円=105,220 円 126,000 円 - 105,220 円 = 20,780 円							
上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 8 年 5 月 2 9 日※1					担当者 氏名	保険 花子	
事業所所在地	東京都〇×区×-△-△							
事業所名称	株式会社 SEA SKY TRANSPORT AND LOGISTICS							
事業主氏名	代表取締役社長 空野 海 電話 03 ( □×□× ) 〇〇△△							

【事業主の方へ】

- ・※1 証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。
- ・訂正の際には事業主印で訂正印または事業主のサインをお願いします。