

健康保険 出産手当金 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者の		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ)	事業所名
	住所	(〒 -)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 出産手当金の受取については事業主に委任します。		※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。	

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	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。	令和 年 月 日
	受取代理人 (事業所の 事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	委任者と 受取代理人 との関係
	氏名		

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号		左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ)	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人	

【添付書類】

- 申請期間にかかる
出勤簿及び賃金台帳(写)

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

- 被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です
- 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

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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"/>	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、出産予定日をご記入ください。「出産後の申請」の場合は、 <u>出産日</u> と <u>出産予定日</u> をご記入ください。	出産予定日	年	月	日	
		出 産 日	年	月	日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	年	月	日	から	日間
		年	月	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"/>	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。	年	月	日	から	円	
	年	月	日	まで		
6 出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (児)			

医師・助産師記入欄	出産者氏名							
	出産予定年月日	年	月	日				
		出産年月日	年	月	日			
	出生児の数	<input type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎 (児)	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 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	TEL	()					

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

