

健康保険 出産手当金 支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 番号	被保険者の (請求者)氏名	(フリガナ)
	被保険者の 住所	〒 () TEL ()		
	被保険者の 勤務する事業所	勤務先TEL(内・外)		
	1	今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、 出産後の申請ですか	出産前の申請 ・ 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」の場合は出産予定日と出産日をご記入ください。	出産予定日	令和 年 月 日
	3	出産のために休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
4	上記の出産のために休んだ期間 (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。	はい ・ 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)		
振 込 先 指 定 口 座	金融機関 名称	銀行 金庫 本店 出張所 農協 信組 支店		
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	口座名義 の区分	申請者 ・ 代理人	
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する(利用しない場合は上の欄を記入) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。受取代理人指定の場合は公金受取口座の利用不可			

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。 令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所 被保険者の住所欄に同じ
	住所	TEL ()	委任者と 代理人との関係

備考欄

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は備考欄へご記入ください。
(マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です)

受付日付印

※ 事業主が証明するところ	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	日間
	ア 全額支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 日額 の分 (月 日支払) 金 円
	イ 一部支給した場合又は 支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金 円 日額 の分 (月 日支払) 金 円
	ウ 現在までも又将来も支 給しない場合はその旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名 TEL ()			

(事業主への注意事項)

※欄のアとイにわたるときは、両欄にわけて記載してください。

※欄のウは、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載してください。

※記入し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

※被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは証明を行う必要はありません。

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します。 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 ()				

※記入し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。