

# 健康保険 出産手当金 支給申請書

1

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	年	月	日
	被保険者証の (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
住所	(〒	-	)	(都)	(道)	(府)
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	(市)		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	<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します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>					
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左づめでご記入ください。	
口座名義	<small>▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)</small>				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

受取代理人の欄	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。 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span>	
	被保険者 (申請者)	氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名 委任者と代理人との関係

「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

(R4.6)

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

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、出産日と出産予定日をご記入ください。	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。	<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。	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
		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)
		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。&gt;&gt;&gt;

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

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い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)

Name input grid (12 cells)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を【O】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

Table with columns for month/year and days 1-31 for multiple periods.

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【O】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。 ※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

Table for recording payment dates and amounts with an example row and 10 numbered rows.

上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号