

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	1 2 3 4	番号	1 2 3 4 5 6 7	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	6	1	0
					<input type="checkbox"/> 令和	4	1	5
氏名	(フリガナ)	ケンポ	ハナコ	健保	花子			
住所	(〒	123	-	4567)	東京	都道府県	港区〇〇1-1 〇〇マンション101
電話番号(日中の連絡先)	TEL	03	(1230)	4567		
<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☑)								

振込先指定口座欄

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。)
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。

振込先指定口座欄の記入は不要です。空欄のままご提出ください。(任意継続者のみご記入ください。)

預金種別

口座名義

口座名義の区分

1. 申請者
2. 代理人

受取代理人の欄	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)	住所(フリガナ)	TEL	()
	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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(R4.6)
受付日付印

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 checked="" type="checkbox"/> 2	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	3	年	4	月	21	日		
		出産日	令和	3	年	4	月	22	日		
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和	3	年	3	月	11	日	から	99	日間
		令和	3	年	6	月	17	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 checked="" type="checkbox"/> 2	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		円	
	令和		年		月		日	まで			
6 出生児の数	<input checked="" 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	令和		年		月		日		
		出産年月日	令和		年		月		日	
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎	(児)				
		生産または死産の別	<input checked="" 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。>>>

