

健康保険 出産手当金 支給申請書

(第 回目)

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	フリガナ ----- Ⓜ		事業所名称				
	住所 電話番号	(〒 -)		電話番号:	()			
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。			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	平・令	年	月	日
				出産日	平・令	年	月	日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)			平・令	年	月	日	から
				平・令	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"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 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。			平・令	年	月	日	から	
			平・令	年	月	日	まで	
6 出生児の数			単胎 ・ 多胎 (児)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		預金種別	普通 ・ 当座			
		本店・支店・出張所		口座番号				
	口座名義 (カタカナ)			口座名義区分	被保険者(申請者) ・ 代理人			
委任状	口座名義人が代理人の場合にご記入ください。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
			氏名	Ⓜ				
		代理人 (口座名義人)	住所					
		氏名	Ⓜ 被保険者との関係 ()					

備考	
----	--

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(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。)

事業主が証明するところ	被保険者氏名							
	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日から	出勤	有給	この期間に賃金を支給しました(します)か	□はい □いいえ		
		平・令 年 月 日まで	日間	日			日	
	被保険者の給与の種類	□月給 □日給 □時間給 □その他 ()		賃金計算	締日	日	支払日	□当月 □翌月
	上記の期間中の報酬を全部または一部支給した(する場合)		年 月 日～	年 月 日	日間		円	
			年 月 日～	年 月 日	日間		円	
通勤手当		年 月 日～	年 月 日	日間		円		
上記のとおり相違ないことを証明します。							令和 年 月 日	
事業所住所								
事業所名称								
事業主氏名				Ⓜ	電話番号:	()		

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産者氏名							
	出産予定年月日	平・令 年 月 日	出産年月日	平・令 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				Ⓜ	電話番号:	()		