

健康保険 出産手当金 出産手当金付加金 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<br>(自署)   | フリガナ<br>-----  |                                      | 事業所名称  |                 |           |    |    |
|  | 住所<br>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。<br>「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               | 年         | 月  | 日  |
|  |  |                |                                      | 出産日  | 令               | 年         | 月  | 日  |
|  | 3 出産のため休んだ期間(申請期間)   |                |                                      | 令  | 年               | 月         | 日  | から |
|  |  |                |                                      | 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。 |  |                | 令                                    | 年  | 月               | 日         | から |    |
|  |  |                | 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<br>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<br>(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。  | 被保険者<br>(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(自署)                               |  |                 |           |    |    |
|  |  | 代理人<br>(口座名義人) | 住所                                   |  |                 |           |    |    |
|  |  | 氏名(自署)         |                                      |  |                 |           |    |    |
|  |  | 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                 | 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<br>□いいえ |          |            |
|                     |                             | 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<br>□その他 ( ) |        | 賃金計算  | 締日                   | 日           | 支払日      | □当月<br>□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             | 令 年 月 日      | 出産年月日 | 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: ( )    |       |           |             |  |  |          |