

健康保険 出産手当金 支給申請書

(第 1 回目)

被保険者情報	被保険者証	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	フリガナ	三菱 アイコ	事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場
	氏名・印	三菱 愛子		
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	電話番号 :	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
電話番号	〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1			
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
		出 産 日	平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	平 〇 年 〇 月 〇 日 から	〇〇 日間	
		平 〇 年 〇 月 〇 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 checked="" 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		円	
	平・令 年 月 日 まで			
6 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ 多胎 (児)			
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当座
		〇〇 本店・支店・出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	口座名義 (カタカナ)	三菱 アイコ	口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
		代理人	住所	
		(口座名義人)	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	被保険者の給与の種類		締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日	
	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)	通勤手当		日間		円		
				日間		円		
				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： ()						

事業主の証明を受けてください

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		の別	生産・死産(妊娠 週)				
	上記のとおり相違ない							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： ()						

医師又は助産師の証明を受けてください