

健康保険 出産手当金 支給申請書  
 出産手当金付加金

(第 1 回目)

被保険者情報	被保険者証	記号 000 番号 000000	生年月日	昭・平・令 00 年 00 月 00 日
	氏名 (自署)	フリガナ ミツビシ アイコ 三菱 愛子	事業所名称	0000株式会社00工場
	住所 電話番号	(〒 000-0000 ) 00県00市00町1-1	電話番号	000 ( 000 ) 0000
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	令 00 年 00 月 00 日	
		出産日	令 00 年 00 月 00 日	
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令 00 年 00 月 00 日 から	00 日間	
		令 00 年 00 月 00 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。	令 年 月 日 から		円	
	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	00 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座
		00 本店・支店・出張所	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
	口座名義 (カタカナ)	ミツビシ アイコ	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 (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 (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	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	平・令	年	月	日から	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 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)	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： ( )									

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： ( )										