

出産手当金支給申請書 記入例

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	1 被保険者等	記号 987 番号 654	生年月日	昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日
	2 氏名・印	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	3 印	— 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	〒 110 - 0000 東京 (都・道・府・県) 墨田区〇〇 x-x 〇〇マンションxxx号	電話番号 日中の連絡先)	090 1234) 〇〇〇〇
	事業所名称	(株) 〇〇〇〇	受領委任 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主経由で受領します。

当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】下記振込先をご記入ください。

遺 贈 者 記 入 欄	振込先金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・その他 ()	預金種別	普通・当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他 ()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者・申請者		

4 申 請 者	被保険者死亡により 口座名義が被保険者 と異なる場合のみご記入 ください。	申請者 口座名義人)	住所	〒	電話番号 日中の連絡先)	
			氏名・印		印	被保険者との関係 ()

申 請 内 容	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。	5 <input type="checkbox"/> 出産前の申請 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の申請
	6 出産前の申請のときは、 「出産予定日」を 出産後の申請のときは、 「出産予定日」と「出産日」を ご記入ください。	出産予定日 昭・平・令 〇 年 1 月 20 日 出産日 昭・平・令 〇 年 1 月 15 日
	7 出産のため休んだ期間 (申請期間) 注：申請期間を訂正した場合は、 申請者の訂正印の必ず押印ください。	昭・平・令 〇 年 12 月 5 日 から 98 日間 昭・平・令 〇 年 3 月 12 日 まで
	出産のため休んだ期間 (申請期間)に報酬は 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
「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎 となった (なる) 期間と報酬額を ご記入ください。	平・令 年 月 日 から 円 平・令 年 月 日 まで	

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。) ※振込先は在職中の方は記載不要です。

- 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 被保険者 (申請者) 本人の自署の場合は、押印を省略できます。
- 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。
- 出産前の申請か出産後の申請か、どちらかにチェックを入れてください。
- 出産前の申請の場合は、出産予定日のみをご記入ください。
出産後の申請の場合は、出産予定日と出産日の両方をご記入ください。
- 申請期間をご記入ください。
 - この申請書は、ご記入いただいた申請期間が経過する前に提出することはできません。
 - 出産日が出産予定日より遅れた場合は、出産予定日以前4 2日から出産日以後5 6日目までの期間を限度として申請することができます。(4 2日+α+5 6日)

受付日付印

マイナンバー記入欄 被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

この申請書は 2枚1セット です。2枚目の「事業主／医師・助産師記入用」も必ずご提出ください。