

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	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)			<input type="checkbox"/> 印 ← 自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称				受領委任 (チェック必須)	<input 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。

退職者記入欄	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

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		<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 出産後の申請				
	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	平・令	年	月	日	
		出産日	平・令	年	月	日	
	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。	平・令	年	月	日	から	日間
	平・令	年	月	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 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。

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

事業主が証明するところ	被保険者氏名													
	労務に服さな った期間	平・令	年	月	日	から	出勤	有給	この期間に対し賃金を支給しました(します)か。					
		平・令	年	月	日	まで	日間	日	日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	被保険者の	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()				賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日		
	上記の期間に 対して、報酬 の全部又は一 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			
上記のとおり相違ないことを証明します。											令和	年	月	日
所在地														
事業所名称														
事業主氏名											印	電話番号	()	

事業主のみなさまへ

申請期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。

医師・助産師記入欄	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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)												
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 か月 週)												
上記のとおり相違ないことを証明します。											令和	年	月	日
所在地														
医療機関名														
医師・助産師の氏名											印	電話番号	()	