

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	0 0 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)		印			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)	
			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	
	住所	(フリガナ)	氏名・印	

※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者(申請者)・医師・助産師記入用

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。	<input type="checkbox"/> 1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		出 産 日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日から	日間
		<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	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"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. 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。	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日から	円	
	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日まで		
6 出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎()	児	

医師・助産師記入欄	出産者氏名						
	出産予定年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	出産年月日	<input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	
	出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎	<input type="radio"/> 多胎()	児	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産	<input type="radio"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。				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				印	TEL	()	

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

