

健康保険 出産手当金 支給申請書

(被保険者/医師・助産師記入用)

被保険者情報	①被保険者証	記号	番号	②事業所名称	
	③氏名	(フリガナ)		④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒		⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
				⑦提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)

振込先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()
	⑪口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号	
	⑬公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)			
⑫口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭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
		⑮代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係()

申請内容	⑯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
	⑰出産前の申請のときは、「出産予定日」、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
	⑱出産のため休んだ期間(申請期間)	平・令 年 月 日 から 日間 平・令 年 月 日 まで
	⑲出産のため休んだ期間(申請期間)に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 type="checkbox"/> いいえ
⑳「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	

医師・助産師記入欄	⑳出産者氏名		㉑出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	㉒出産予定年月日	平・令 年 月 日	㉓出産年月日	平・令 年 月 日
	㉔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。			
	所在地	令和 年 月 日	医療機関名	医師・助産師の氏名

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

注：この申請書は2枚1セットです。2枚目の「事業主記入用」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

