

## 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
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ( )
	事業所名称		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	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( )
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・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。	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
		代理人 (口座名義人)	住所 氏名 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 令和 年 月 日 出産日 令和 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。	令和 年 月 日 から 日間 令和 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。	令和 年 月 日 から 円 令和 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

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	令和	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。					
		令和	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											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	令和	年	月	日									
	出産年月日	令和	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											電話番号	(	)	