# 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等<br>記号・番号 | 記号　　番号 | | | |
| 氏　名 | （フリガナ） | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　－　　都・道<br>府・県 | | | |
| | | | 電話番号<br>（日中の連絡先） | （　　） |
| 事業所名称 | | | 提出委任 | ☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。<br>（事業主経由（依頼）する場合は✔） |

| 振込先 | | | |
|---|---|---|---|
| 金融機関名称 | 銀行・金庫・信組<br>農協・その他（　　） | 預金種別 | 普通・当座・その他（　　） |
| | 支店・本店・出張所<br>その他（　　） | 口座番号 | |
| 口座名義<br>（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<br>（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<br>氏名 | |
| | 代理人<br>（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、<br>出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。 | ☐ 出産前の申請　☐ 出産後の申請 |
| 出産前の申請のときは、「出産予定日」を<br>出産後の申請のときは、「出産予定日」と「出産日」を<br>ご記入ください。 | 出産予定日　令和　　年　　月　　日<br>出産日　令和　　年　　月　　日 |
| 出産のため休んだ期間（申請期間）<br>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<br>令和　　年　　月　　日　まで　　日間 |
| 出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬は受けましたか。<br>または今後受けられますか。 | ☐ はい　☐ 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）<br>期間と報酬額をご記入ください。 | 令和　　年　　月　　日　から<br>令和　　年　　月　　日　まで　　円 |

**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（被保険者等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<br>提出代行者名記載欄 | |
|---|---|

**関東百貨店 健康保険組合**

（令6.12）

# 健康保険 出産手当金 支給申請書 （事業主／医師・助産師記入用）

関東百貨店 健康保険組合

**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<br>令和　年　月　日 まで　日間 | | | 出勤 | 有給 | この期間に対し賃金を支給しました（します）か。 | | |
| | | | | 日 | 日 | □はい　□いいえ | | |
| 被保険者の | 給与の種類 | □月給 □日給 □時間給 □歩合給<br>□その他（　） | | 賃金計算 | 締日　日 | 支払日 | □当月<br>□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 | □ 単 胎　□ 多 胎（　児） |
| 生産又は死産の別 | □ 生 産　□ 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　（　）

＊ 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、訂正印を押印してください。