

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒)	都(道) 府(県)	年	月 日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	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	普通	口座番号 (右づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/>				

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 出産手当金 支給申請書

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。	1. 出産前の申請	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
	3 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間	
	4 上記の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。	1. はい	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。	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円	
	6 出生児の数および生産または死産の別	単胎 多胎 (児)	生産 死産 (妊娠 週)		

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)	生産または死産の別	生産 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	TEL ()			

「事業主記入用」は3ページに続きます。>>>

