

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	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)			印	← 自署の場合は押印を省略できます。 ただし、受領を代理人に委任する場合は 委任状と同じ印を押印ください。		
	住所	〒	—	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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	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。 代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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・印	印	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 平・令 年 月 日 出産日 平・令 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。	平・令 年 月 日 から 平・令 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。 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。	平・令 年 月 日 から 平・令 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

印

事業主が証明するところ	被保険者氏名													
	労務に服さな った期間	平・令	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。					
		平・令	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											印	電話番号	()

事業主のみなさまへ

申請期間の「賃金台帳」と「出勤簿」のコピー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	平・令	年	月	日									
	出産年月日	平・令	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											印	電話番号	()